



وزارة العدل
معهد الدروس القضائية
الدورة الموحدة

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

الاستشفاء في لبنان

اعداد

القاضي المتدرج ايلي معلوف

بإشراف المدعي العام اديب سلامة

- ١٩٩٩ -

المقدمة

يرتكز حق كل فرد بالصحة الى العديد من المبادئ كاحترام كرامة الانسان والتكافل الاجتماعي والعدالة الاجتماعية.... فالصحة كما عرفها مؤتمر ألماآتا الذي نظّمته منظمتا الصحة العالمية واليونسيف عام ١٩٧٨ هي " حال من السلامة الشخصية تمكن الفرد من ان يعيش حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً ، وتعني ضمناً القضاء على سوء التغذية والجهل والسكن غير الصحي مثل ما تعني حل المشكلات الطبية البحتة كتنقص الأطباء والمستشفيات واللقاحات والأدوية وغيرها "

يتبين من هذا التعريف ان الاهتمام بالصحة ينعكس ايجابياً على سائر الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية ، ذلك ان التنمية الصحية تعتبر جزءاً لا يتجزأ من التنمية البشرية الشاملة والمستدامة، ولأن الاستثمار في الصحة يعتبر استثماراً للوطن في صحة ابنائه . ويرتكز حق الفرد في الصحة ايضاً الى العديد من المواثيق والاتفاقات الدولية وأبرزها شرعة حقوق الانسان (١٩٤٨) والاتفاق الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (١٩٦٧) واتفاق حقوق الطفل (١٩٨٩) .

استناداً الى هذه الاعتبارات والسمرتكرات تطور اهتمام الدولة اللبنانية بصحة المواطنين مواكباً بذلك التطورات العلمية والانجازات الاجتماعية والاقتصادية .

واذا ما عدنا بالذاكرة الى أيام الانتداب الفرنسي نجد ان مهمة الدولة كانت تنحصر بمعالجة المعوزين المتصابين بأمراض مزمنة ، أما الاستشفاء فكان من مهمة القطاع الخاص الربحي والخيري . وبعد الاستقلال زاد اهتمام الدولة بالصحة العامة ، فأنشأت المستشفيات الحكومية والعيادات العامة في المناطق النائية وقامت بمعالجة مشاكل المياه وسبل تصريف النفايات كما أقرت امتحانات الكولوكيوم لضبط نوعية الأطباء والصيدلة .

مع بداية الستينات بدأت تظهر المؤسسات العامة الضامنة ،فأنشئت تعاونية موظفي الدولة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وكذلك تم إنشاء الانعاش الاجتماعي والمراكز الطبية على كافة الأراضي اللبنانية .

وبذلك أصبحت الصحة وخاصة القسم الاستشفائي منها مؤمن عن طريق عدة مؤسسات وإدارات عامة كمؤسسات ضامنة ، وعن طريق الاستشفاء في المستشفيات الحكومية والمراكز الطبية ... ومن هنا برز تعدد وتنوع المؤسسات التي تعنى بالاستشفاء في لبنان .

وعند حلول حوادث ١٩٧٥ أصيب القطاع الصحي بأضرار جسيمة انعكست سلباً بصورة خاصة على المستشفيات الحكومية مما دفع الدولة الى الاعتماد بشكل أساسي على القطاع الخاص المهين على سوق الخدمات الصحية والمنتحكم بالأسعار . ولقد تفاقم ذلك مع تفاقم العجز المالي في مؤسسات التأمين الرسمية وارتفاع الأسعار عامة نتيجة للتضخم والانسيار في القدرة الشرائية لليرة اللبنانية .

ونتج عن الحوادث أيضاً تردٍ في الأوضاع البيئية ناتج عن تراكم النفايات وتلوث مياه الشفة... وكلها أمور تؤدي الى تفتشي الأوبئة وتكاثرها ...

وبالرغم من ذلك فإن المؤشرات الصحية والاجتماعية لم تتراجع الى مستويات خطيرة كما حدث في العديد من البلدان التي عانت من أوضاع مماثلة للأوضاع التي مرّ بها لبنان ، ويعود ذلك الى اجراءات العناية الصحية التي قامت بها الدولة بالتعاون مع منظمات الأمم المتحدة والمجتمع الدولي والقطاع الخاص .

لكن تطبيق هذه الإجراءات كان ولا يزال بكلفة مرتفعة وبآلية تنفيذ سيئة ، مما انعكس سلباً على مدى الاستفادة من التقديرات والخدمات الصحية .

إن الفاتورة الصحية لا تزال ترتفع باستمرار مما ينذر بزيادة التكلفة وزيادة العجز، ومع التسليم بضرورة تأمين الصحة للجميع، لا بد من الموازنة بين التكلفة والمردود الصحي ، ويتم ذلك عن طريق إصلاح وإزالة الشوائب من النظام الاستشفائي في لبنان وهذا ما سنحاول تفصيله في هذا البحث على أن نعرض في القسم الأول منه الواقع الاستشفائي الحالي بجميع أشكاله وبذلك تظهر مشاكله ، ثم سنبحث في القسم الثاني سبل حل هذه المشاكل والاقتراحات لاتخاذ خطوات إصلاحية للنظام الاستشفائي في لبنان .

الفصل الأول : المستشفيات الحكومية

البند الأول : إدارة المستشفيات الحكومية

شهدت المستشفيات الحكومية ابتداءً من العام ١٩٩٦ تغييراً جوهرياً في طرق ادارتها وذلك بعد أن صدر القانون رقم ٥٤٤ تاريخ ٢٤ تموز ١٩٩٦ القاضي بإنشاء مؤسسات عامة لإدارة المستشفيات الحكومية إلا أن هذا القانون لم يتم تطبيق أحكامه على كل المستشفيات الحكومية حتى الآن لذلك لا بد من عرض أوضاع هذه المستشفيات من خلال وجهتين :

الأولى : تتعلق بالمستشفيات الحكومية كوحدة من وحدات وزارة الصحة العامة .

الثانية : تتمثل بإنشاء مؤسسات عامة لإدارة المستشفيات العامة .

_ في البدء أوجدت المستشفيات الحكومية كجزءٍ من تنظيمات وزارة الصحة العامة، فقد جاء في المرسوم رقم ٨٣٧٧ تاريخ ٣٠ / ١٢ / ١٩٦١ (تنظيم وزارة الصحة العامة) إن وزارة الصحة العامة تتألف من : دوائر مركزية ودوائر إقليمية .

في الدوائر المركزية تتولى مديرية العناية الطبية جميع الشؤون الرامية الى معالجة المرضى المحتاجين والاشراف على المؤسسات العلاجية، وتلحق بمديرية العناية الطبية مصلحة المستشفيات والمستوصفات والمهين الطبية التي تضم دائرة المستشفيات والمستوصفات والمؤسسات المتعاقدة . وهذه الأخيرة تقوم بالإشراف على مستشفيات الوزارة ومبتوصفاتها، ويلحق بهذه المصلحة مستشفى بيروت .

أما على صعيد الدوائر الإقليمية فتمثل وزارة الصحة العامة في كل محافظة بمصلحة يتبع لها مستشفى المحافظة

القسم الأول : واقع الاستشفاء في لبنان

إن السمة الأساسية لقطاع الاستشفاء في لبنان هي عجز تقني ومالي في المستشفيات الحكومية واتكال شبه تام على المستشفيات الخاصة ترافقه تكلفة عالية اوقعت الادارات والمؤسسات العامة الضامنة بعجز مالي أدى الى زيادة كبيرة في النفقات دون ان يكون لها اعتمادات كافية في الموازنة .

سنعرض في هذا القسم الأول أوضاع المستشفيات الحكومية من جميع النواحي ثم أوضاع المؤسسات والادارات العامة المتعاقدة مع المستشفيات الخاصة والآلية التي يتم بها هذا التعاقد وذلك بالنسبة لكل ادارة او مؤسسة عامة على حدة .

الفصل الأول : المستشفيات الحكومية

البند الأول : إدارة المستشفيات الحكومية

شهدت المستشفيات الحكومية ابتداءً من العام ١٩٩٦ تغييراً جوهرياً في طرق ادارتها وذلك بعد أن صدر القانون رقم ٥٤٤ تاريخ ٢٤ تموز ١٩٩٦ القاضي بإنشاء مؤسسات عامة لإدارة المستشفيات الحكومية إلا أن هذا القانون لم يتم تطبيق أحكامه على كل المستشفيات الحكومية حتى الآن لذلك لا بد من عرض أوضاع هذه المستشفيات من خلال وجهتين :

الأولى : تتعلق بالمستشفيات الحكومية كوحدة من وحدات وزارة الصحة العامة .

الثانية : تتمثل بإنشاء مؤسسات عامة لإدارة المستشفيات العامة .

— في البدء أوجدت المستشفيات الحكومية كجزءٍ من تنظيمات وزارة الصحة العامة، فقد جاء في المرسوم رقم ٨٣٧٧ تاريخ ٣٠ / ١٢ / ١٩٦١ (تنظيم وزارة الصحة العامة) إن وزارة الصحة العامة تتألف من : دوائر مركزية ودوائر إقليمية .

في الدوائر المركزية تتولى مديرية العناية الطبية جميع الشؤون الرامية الى معالجة المرضى المحتاجين والاشراف على المؤسسات العلاجية، وتلحق بمديرية العناية الطبية مصلحة المستشفيات والمستوصفات والمهنيين الطبيين التي تضم دائرة المستشفيات والمستوصفات والمؤسسات المتعاقدة . وهذه الأخيرة تقوم بالإشراف على مستشفيات الوزارة ومستوصفاتها، ويلحق بهذه المصلحة مستشفى بيروت .

أما على صعيد الدوائر الإقليمية فتمثل وزارة الصحة العامة في كل محافظة بمصلحة الصحة العامة التي يتبع لها مستشفى المحافظة . وفي كل قضاء تتمثل وزارة الصحة العامة بقسم للصحة العامة يرأسه طبيب تلحق به مستشفيات القضاء والمستشفيات الريفية أينما وجدت .

نلاحظ من خلال عرض هذه الهيكلية التنظيمية ان المستشفى الحكومي يرتبط بوزارة الصحة عن طريق تسلسل إداري طويل يجعله يحتل المرتبة الدنيا في الهرم الإداري مما يؤثر سلباً على طرق الإدارة المعتمدة ويحول دون الإستقلالية والسرعة في إداء الأعمال المطلوبة

ومن أجل تفعيل عمل هذه المستشفيات وتخليصها من الروتين الإداري أصدرت الحكومة المرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ٢٥ / ١١ / ١٩٧٨ الذي وضع موضع التنفيذ مشروع قانون لإنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة ومن ثم صدرت على التوالي الأنظمة التطبيقية الخاصة به، إلا أنه بالرغم من ذلك تعذر تطبيقه وظل حبراً على ورق مما دفع الدولة الى وضع القانون رقم ٥٤٤ تاريخ ٢٤ تموز ١٩٩٦ حيث جاء في أسبابه الموجبة أن القانون رقم ١٥٣٦ / ١٩٧٨ وضع في فترة كانت البلاد تسمر بوضع أمني مضطرب وتبين بعد مرور ١٧ سنة أن هنالك ثغرات جمة في تطبيق نظام المؤسسات العامة كما جاء في القانون المذكور مع كافة المستشفيات العامة المتواجدة في مراكز المحافظات لا سيما وان هناك تفاوتاً بين المستشفيات الحكومية إن من ناحية حجمها أو من ناحية منهج العمل الإداري المتبع فيها .

ولقد تعدل القانون رقم ٥٤٤ / ١٩٩٦ بالقانون ٦٠٢ تاريخ ٢٨ / ٢ / ١٩٩٧ الذي سمح بإنشاء مؤسسة عامة لكل مستشفى عام بعد ان كان ممكناً فقط إنشاء مؤسسة عامة لإدارة كل مستشفى حكومي جامعي ومؤسسة عامة في كل محافظة لجميع مستشفياتها ومؤسسة عامة لقضائي بعلبك والهرميل .

وتطبيقاً للمادة ٤ من القانون ٥٤٤ / ١٩٩٦ أصدر مجلس الوزراء المراسيم التطبيقية

التالية :

أ_ المرسوم رقم ١١٢١٤ تاريخ ٢٩ / ١١ / ١٩٩٧ المتعلق بتحديد شروط تعيين مجلس إدارة ومفوض حكومة لكل مستشفى حكومي وتحديد مهام كل منهما وصلاحياته .

ب_ المرسوم رقم ١٢٢٥٥ تاريخ ٢١ / ٥ / ١٩٩٨ المتعلق بنظام المستخدمين والمتعاقدين في المؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات الحكومية

ج_ المرسوم رقم ١٢٣٩٩ تاريخ ٢٣ / ٦ / ١٩٩٨ المتعلق بالنظام المالي للمؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة .

أ_ تعيين مجلس الإدارة ومفوض الحكومة :

يعين رئيس وأعضاء مجلس الإدارة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد، وهو يتألف من ثلاثة إلى سبعة أعضاء تبعاً لعدد الأسرة ونوع المستشفى ويتولى هذا المجلس الصلاحيات التقريرية في المؤسسة العامة .

أما مفوض الحكومة فيعين بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات ويجب ان يكون من موظفي وزارة الصحة العامة وعليه حضور جلسات مجلس الإدارة وله فيها حق التصويت وعليه ان يضع تقريراً سنوياً بملاحظاته وأعمال المؤسسة العامة .

ب_ نظام المستخدمين والمتعاقدين :

حدد هذا النظام الأحكام الخاصة بكل العاملين في المستشفى العام من إداريين وفنيين وأطباء، وحدد شروط الاستخدام وأوجب اجراء مباراة يعلن عنها وفقاً للأصول للإستخدام في المستشفى ويجري هذه المباراة لمجلس الإدارة دون أي تدخل لمجلس الخدمة المدنية .
ولقد سمح هذا النظام لكل مستشفى استخدام أطباء متفرغين وتعيينهم في السملك وان تتعاقد بدوام كلي أو جزئي مع أطباء آخرين مما يمكن المستشفى من الإستعانة بالخبرات والكفاءات اللازمة خاصة وإن المادة ٥٦ من نظام المستخدمين والمتعاقدين جعلت تحديد بدل الأتعاب مرناً اذ وفرت امكانية اعطاء الطبيب العامل راتباً شهرياً ثابتاً او بدل أتعاب وفق العمل الطبي او الجراحي المنجز او بدلاً عن ساعات المناوبات او الأعمال الطارئة او بدل استشارات او دراسات .

نلاحظ من خلال عرض هذه الهيكلية التنظيمية ان المستشفى الحكومي يرتبط بوزارة الصحة عن طريق تسلسل إداري طويل يجعله يحتل المرتبة الدنيا في السهرم الإداري مما يؤثر سلباً على طرق الإدارة المعتادة ويحول دون الإستقلالية والسرعة في إداء الأعمال المطلوبة

....

_ ومن أجل تفعيل عمل هذه المستشفيات وتخليصها من الروتين الإداري أصدرت الحكومة المرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ٢٥ / ١١ / ١٩٧٨ الذي وضع موضع التنفيذ مشروع قانون لإنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة ومن ثم صدرت على التوالي الأنظمة التطبيقية الخاصة به، إلا انه بالرغم من ذلك تعذر تطبيقه وظل حبراً على ورق مما دفع الدولة الى وضع القانون رقم ٥٤٤ تاريخ ٢٤ تموز ١٩٩٦ حيث جاء في أسبابه الموجبة أن القانون رقم ١٥٣٦ / ١٩٧٨ وضع في فترة كانت البلاد تمر بوضع أمني مضطرب وتبين بعد مرور ١٧ سنة أن هنالك ثغرات جمة في تطبيق نظام المؤسسات العامة كما جاء في القانون المذكور مع كافة المستشفيات العامة المنتواجدة في مراكز المحافظات لا سيما وان هناك تفاوتاً بين المستشفيات الحكومية إن من ناحية حجمها أو من ناحية منح العمل الإداري المتبع فيها .

ولقد تعدل القانون رقم ٥٤٤ / ١٩٩٦ بالقانون ٦٠٢ تاريخ ٢٨ / ٢ / ١٩٩٧ الذي سمح بإنشاء مؤسسة عامة لكل مستشفى عام بعد ان كان ممكناً فقط إنشاء مؤسسة عامة لإدارة كل مستشفى حكومي جامعي ومؤسسة عامة في كل محافظة لجميع مستشفياتها ومؤسسة عامة لقضائي بعلبك والهامل .

وتطبيقاً للمادة ٤ من القانون ٥٤٤ / ١٩٩٦ أصدر مجلس الوزراء المراسيم التطبيقية

التالية :

أ_ المرسوم رقم ١١٢١٤ تاريخ ٢٩ / ١١ / ١٩٩٧ المتعلق بتحديد شروط تعيين مجلس إدارة ومفوض حكومة لكل مستشفى حكومي وتحديد مهام كل منهما وصلاحياته .

ب_ المرسوم رقم ١٢٢٥٥ تاريخ ٢١ / ٥ / ١٩٩٨ المتعلق بنظام المستخدمين والمتعاقدين في المؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات الحكومية

ج_ المرسوم رقم ١٢٣٩٩ تاريخ ٢٣ / ٦ / ١٩٩٨ المتعلق بالنظام المالي للمؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة .

أ_ تعيين مجلس الإدارة ومفوض الحكومة :

يعين رئيس وأعضاء مجلس الإدارة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد، وهو يتألف من ثلاثة الى سبعة أعضاء تبعاً لعدد الأسرة ونوع المستشفى ويتولى هذا المجلس الصلاحيات التقريرية في المؤسسة العامة .

اما مفوض الحكومة فيعين بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات ويجب ان يكون من موظفي وزارة الصحة العامة وعليه حضور جلسات مجلس الإدارة وله فيها حق التصويت وعليه ان يضع تقريراً سنوياً بملاحظاته وأعمال المؤسسة العامة .

ب_ نظام المستخدمين والمتعاقدين :

حدد هذا النظام الأحكام الخاصة بكل العاملين في المستشفى العام من إداريين وفنيين وأطباء، وحدد شروط الاستخدام وأوجب اجراء مباراة يعلن عنها وفقاً للأصول للإستخدام في المستشفى ويجري هذه المباراة مجلس الإدارة دون أي تدخل لمجلس الخدمة المدنية . ولقد سمح هذا النظام لكل مستشفى استخدام أطباء متفرغين وتعيينهم في الملاك وان تتعاقد بدوام كلي أو جزئي مع أطباء آخرين مما يمكن المستشفى من الإستعانة بالخبرات والكفاءات اللازمة خاصة وإن المادة ٥٦ من نظام المستخدمين والمتعاقدين جعلت تحديد بدل الأتعاب مرناً اذ وفرت امكانية اعطاء الطبيب العامل راتباً شهرياً ثابتاً او بدل أتعاب وفق العمل الطبي او الجراحي المنجز او بدلاً عن ساعات المناوبات او الأعمال الطارئة او بسدل استشارات او دراسات .

ان النظام الجديد للتعاقد يضع حلاً لمشكلة قانونية تتمثل في ان الجهاز الطبي لدى المستشفيات الحكومية يتألف بمعظمه حالياً من أطباء متعاقدين ويقسمون الى فئتين :

_ فئة نظامية جرى التعاقد معها على أساس المرسوم ١٤٣٤ تاريخ ٢٤ / ٦ / ١٩٧٨ (نظام التعاقد في وزارة الصحة العامة) وبعد مباراة اجراها مجلس الخدمة المدنية .

_ فئة غير نظامية جرى التعاقد معها خارج نظام التعاقد بسبب تدني الرواتب المحددة في هذا النظام .

ج- النظام المالي :

حدد هذا النظام أصول اعداد الموازنة السنوية وقسمها الى جزئين :

_ موازنة تشغيلية : تختص بالنشاطات العادية

_ موازنة استثمارية : تختص بالمشاريع الاستثمارية .

وكانت موازنة المستشفيات الحكومية تعد من قبل وزارة الصحة العامة كإدارة تابعة لها فتعتمد قرار وزير المالية رقم ٣٢٨ / ١ / تاريخ ١٦ / ٤ / ١٩٩٦ الذي يحدد أصول تحضير الموازنة بشكل لا يسمح للمستشفى الحكومي باعتماد موازنة استثمارية تشغيلية ذات اعتمادات واضحة تعكس حاجات ومهام وخطة المستشفى انما كان يتوجب لحظ مستهلكات المستشفى التي تندمج مع كافة نفقات وزارة الصحة العامة وفقاً لبودها .

وبعد وضع المراسيم التطبيقية المذكورة أعلاه تأتي الخطوة النهائية لتحويل ادارة المستشفى الى مؤسسة عامة ، وتمثل هذه الخطوة في تعيين مجلس ادارة لكل مستشفى، وهو الأمر الذي تم بالنسبة لمستشفيات البنية و زحلة و قرطبا . ومن بين هذه المستشفيات الثلاث فإن مستشفى البنية بدأ العمل كمؤسسة عامة والمستشفين الباقيين لا يزالان في طور الإنجاز .

ان تجربة المؤسسة العامة هذه لا تزال في بدايتها ولم يتم وضع تقارير عن سير العمل فيها، ويلاحظ ارتياح شعبي بالنسبة لمستشفى البنية ولا سيما بالنسبة للخدمات الخارجية كالأشعة.

البند الثاني : شروط الاستشفاء في المستشفيات الحكومية .

تؤمن المستشفيات الحكومية الاستشفاء للبنانيين المموزين وللأجانب المموزين شرط المعاملة بالمثل، وليس على المريض سوى ابراز بطاقة هويته لدخول المستشفى وذلك بعد ان الغى المرسوم رقم ٣٢٥ تاريخ ٤ / ١ / ١٩٧١ وجوب تقديم شهادة العوز . ولم يكن على المريض دفع اي نفقات من فاتورة الاستشفاء ولكن المرسوم رقم ١٩٧١/٣٢٥ فرض اعداد بيان عن تكاليف الاستشفاء بالنسبة لكل عمل طبي ولكنها منخفضة نسبة الى كلفة الاستشفاء في المستشفى الخاص .

فتعرفة فحوصات المختبر المعتمد مثلاً تبلغ : ل.ل. ١٣٠٠٠٠ .

وجلسة العلاج الفيزيائي : ل.ل. ١٥٠٠٠٠ .

ومعدل كلفة اليوم الاستشفائي : ل.ل. ١٣٦٠٠٠٠ .

واذا تبين للوزارة ان المريض بحالة مادية واجتماعية لا تحوله دفع النفقات فتحملها الوزارة كلياً أو جزئياً .

ولكن بهدف تفعيل عمل المستشفيات الحكومية قام الأهالي بتأليف لجان دعم لكل منها وجرى ذلك دون اي تدخل رسمي لوزارة الصحة العامة ، وتقوم لجان الدعم بتحديد تعرفه لكل عمل طبي وقبضه من المرضى وصرفه على حاجات المستشفى وعلى مستخدمين عينتهم لجان الدعم ومن بينهم أجنب وتفوق هذه التعرفة قيمة التكاليف التي تفرضها المستشفى الحكومي^(١)، ولقد رافق ذلك فوضى في التصرفات وفقدان الرقابة الفنية والإدارية والمالية .

وان عمل هذه اللجان يعتبر غير قانوني لأنها تفرض رسوماً خلافاً لأحكام المادة ٨١ من الدستور التي تقضي بأنه لا يجوز جباية ضريبة او رسم إلا بقانون . ولقد تبين للفتيش المركزي انه يتم فرض رسوم غير شرعية في المراكز الطبية في الشمال وان جهات غير رسمية تفرض تلك الرسوم، وان الأموال المحصلة يتم انفاقها في مجالات متعددة وان قيود وسجلات هذه الرسوم غير نظامية وغير محددة ولا يمكن الركون اليها لتدقيقها^(٢) .

١_ لبنان والاستراتيجية الصحية ، المؤتمر الوطني الأول للصحة في لبنان .

٢_ قرار هيئة الفتيش المركزي ، رقم ١٤٣ / ٩٥ / تاريخ ٢٧ / ٤ / ١٩٩٥ .

وتجدر الإشارة الى ان الأموال الموجهة من قبل لجان الدعم تعتبر أموالاً عامة ويقتضي اعتبارها
الأشخاص الذين يتولون ادارتها محتسبين واقعيين ومحاسبين على هذا الأساس .
بالرغم من كل ذلك فإن لجان الدعم ساعدت على استمرارية عمل المستشفى الحكومي،
وسيتتبع عملها حكماً بعد تعيين مجلس ادارة لكل مستشفى كما حدث في مستشفى البطينة ، لأن
مجلس الإدارة سيقوم بالدور الذي تقوم به لجان الدعم .
ولقد قامت وزارة الصحة العامة بدراسة كلفة الخدمات المقدمة في مستشفى ضمير الباشق
الحكومي، فأظهرت هذه الدراسة ان معدل كلفة اليوم الاستشفائي بلغ ١٣٦٠٠٠ ل.ل.
(المعدل العام لجميع المستشفيات الخاصة بمختلف فئاتها يبلغ ٢٤٤٠٠٠ ل.ل. في درجة
وزارة) (١) .

١- تقرير مدير عام الصحة ، ١٩٩٨ .

البند الثالث : قدرات المستشفيات الحكومية و تجهيزاتها:

عانت المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية خلال سنوات الحرب من تدن في مستوى الخدمات ناتج عن التخلف في التجهيزات والعنصر البشري، الأمر الذي ساعد القطاع الإستشفائي الخاص على التطور والنمو السريع .

ويبلغ عدد المستشفيات الحكومية العاملة حالياً ١٥ مستشفى وهي تحتسوي على ٩٩٢ سريراً وهذا العدد يمثل حوالي ٢٣ ٪ من اجمالي عدد الأسرة في لبنان ^(١) .

وبالرغم من أن نسبة اشغال الأسرة لم تتعد في احسن الظروف ال ٤٠ ٪ فلقد عمدت الحكومة الى تقرير بناء ١٢ مستشفى جديد وتم تمويل القليل من هذه المشاريع بواسطة هبات، والقسم الأكبر بواسطة قروض ميسرة، وتتعدى القيمة الإجمالية لمشاريع البناء والتجهيز مبلغ ٣٥٠ مليون دولار أميركي، يضاف إليها تكاليف تشغيل هذه المستشفيات المقدره بحوالي المئة مليون دولار سنوياً ^(٢) .

ان المستشفيات التي جهزت وانجزت هي : النبطية ، راشيا وتورين وبلغت تكاليف انجازها حوالي ٢٢ مليون دولار .

وتم تلزيم بناء مستشفيات : بيروت الجامعي، حلبا، الهرمل، سبلين، سير الضنية وحاصيا والمرحلة الأولى من بناء مستشفى صيدا وزحلة وذلك بقيمة ١٣٢ مليون دولار .

اما المشاريع الأخرى فلم يتم تلزيمها حتى الآن وتقدر تكلفتها بـ ١٢٠ مليون دولار وتشمل مستشفيات بعبد الحكومي، الكرتينا، فترج كسروان، جيل، زغرتا، الكورة، تينين وجزين . ونسجل على هذه المشاريع الملاحظات التالية :

— تم تقرير بناء مستشفيات جديدة دون القيام بدراسة مفصلة تبين حاجة السوق الصحية الى خدماتها .

لم يتم تفعيل المستشفيات القائمة قبل بناء المستشفيات الجديدة، وكان من الأفضل القيام بذلك لتبيان مدى نجاح المستشفى الحكومي المجهز .
ان كلفة أشغال الأسرة السنوي في حال زيادتها الى العدد المتوقع ستتجاوز تكلفة التعاقد مع المستشفيات الخاصة مع أنه لن تستغني وزارة الصحة عن خدمات هذه المستشفيات^(١) .

١- تقرير مدير عام الصحة ، ١٩٩٨ .

من جهة ثانية تعاني المستشفيات الحكومية على صعيد التجهيزات من المشاكل التالية :

أ_ تأمين التجهيزات واللوازم الطبية :

وضعت وزارة الصحة العامة لوائح بالتجهيزات لتأمين الحد الأدنى من الخدمات وقد تم شراء القسم الأكبر منها، لكن الصعوبة تبرز في الحصول على المستلزمات الطبية في المستودع العام والصيدلية المركزية. ذلك ان التأخير في تحضير دفاتر الشروط وتلزييم المناقصات أدى الى عدم سد حاجات المستشفيات العامة بالكميات والأوقات المناسبة. وهذا الأمر يؤدي الى اعطاء رؤساء المستشفيات سلفات لتأمين الإحتياجات بواسطة إجازات شراء، مع العلم ان هذا الأمر يؤدي الى زيادة التكاليف مع ضعف الرقابة وتجزئة للصفقات

ب_ الصيانة :

تشكو المستشفيات الحكومية من نقص في العنصر البشري الفني المؤهل للقيام بصيانة المعدات والتجهيزات، لذلك تم اعتماد مبدأ تلزييم الصيانة ولا يخفى ما لهذا الأمر من أثر على زيادة التكاليف، لذلك يجب استخدام فنيين من ذوي الكفاءات للقيام بأعمال الصيانة .

ج_ ان بعض أقسام المستشفيات الحكومية تعاني من نقص في التمويل والتجهيزات مثل المطبخ والمغسل والصيانة لذلك فهي متوقفة جزئياً أو كلياً عن العمل .
يضاف الى ذلك عدم مكنة أعمال المستشفيات الحكومية ضمن أقسام الإدارة والمحاسبة ، الأمر الذي يؤدي الى عدم فعالية الإدارة المالية في أبسط أعمالها كصيافة الموازنة وتحديد الكلفة والمحاسبة بالإضافة الى ضعف وسائل التوثيق وكيفية الحصول على المعلومات الدقيقة والشاملة

البند الرابع : الجهاز البشري .

بالإضافة الى ضعف تجهيزاتها المادية تعاني المستشفيات الحكومية من تدهور في
أوضاع جينازها البشري على جميع المستويات وتكمن هنا المشاكل الأساسية التي تعاني منها
هذه المستشفيات . وتبرز مشاكل الجهاز البشري من ناحيتين :

الأولى : تتمثل بالنقص في الجهاز البشري .

الثانية : عدم كفاءة الجهاز الموجود أو عدم جديته في العمل .

لجنة النقص في الجهاز البشري أظهرت دراسة أعدتها وزارة الصحة العامة^(١) الحاجة
الكبيرة للعناصر البشرية خاصة لجنة الممرضين والأطباء، وأصرت الوزارة على وجوب تأمين
الممرضات والتقنيين أولاً لتأمين حد أدنى من اشغال الأسرة الذي بدوره سيولد حاجة لأطباء
إضافيين وفي ذلك إشارة الى أن عدد الأطباء المتوفر يفوق الحاجة إذا بقيت نسبة اشغال الأسرة
متدنية .

بالنسبة للتقنيين والممرضات، لم يتم حتى الآن اجراء المباراة لتعيينهم بسبب انتظار
تعديل نظام التعاقد المحدد بالمرسوم رقم ١٤٣٤ تاريخ ٢٤ / ٦ / ١٩٧٨. الأمر الذي لم
يتم حتى الآن بسبب اختلاف في وجهات النظر بين وزارة الصحة العامة ومجلس الخدمة المدنية .

أما بالنسبة للأطباء، فقد قام مجلس الخدمة المدنية بإجراء مباراة (قرار رقم ١/١٠١٩
تاريخ ١٠ / ٧ / ١٩٩٦) نجح بنتيجتها مائة وعشـر أطباء (القرار رقم ١/١٠٦٩ تاريخ
٢٦ / ٨ / ١٩٩٧) إلا أنه لم يتم التعاقد معهم بعد لسببين :

الأول : ذكرناه أعلاه وهو يتعلق بزيادة عدد الممرضات قبل الأطباء .

الثاني : يعود لمجلس الخدمة المدنية الذي رأى ان قانون استقلالية المستشفيات
العامة _ الذي صدر فيما بعد _ يسمح لمجلس الإدارة التعاقد مع من يراه
مناسباً .

١ _ قدمت هذه الدراسة الى مجلس الخدمة المدنية بالكتاب رقم ٦٣٠٤ / ٩٤ تاريخ ٢٤ / ٧ /

أما بالنسبة لعدم كفاءة او جدية الجهاز البشري فإن ذلك يظهر من خلال دراستين قامت
بهنما وزارة الصحة العامة :

الدراسة الأولى : تناولت كلفة الخدمات في مستشفى ضمير الباشق حيث تبين ان عدم
التزام الأطباء بالإتفاقيات المبرمة مع وزارة الصحة يؤدي الى خسارة ما يقارب السبعة ملايين ليرة
لبنانية شهرياً، استند في ذلك الى احتساب قيمة الأعمال المنجزة بناء على تعرفة الـ K للعمل
الطبي ومقارنتها مع الرواتب التي يتقاضونها .

الدراسة الثانية : تناولت تقييم حجم العمل الذي يؤديه الطبيب عن طريق وضع حد
أدنى يتمثل بما يلي :

- _ معاينة واحدة باليوم للطبيب غير الجراح .
- _ عملية واحدة بالأسبوع للاختصاصات الجراحية .
- _ حالة توليد واحدة للطبيب النسائي .

وبالرغم من ان هذه الأرقام لا تعكس ما يجب ان يكون عليه الحال بل هي أدنى بكثير من
المطلوب، وبالرغم من أنه جرى تطبيقها في المستشفيات العاملة التي تأمن لها منذ العام
١٩٩٥ الحد الأدنى من التأهيل والتجهيز البشري، فقد جاءت النتيجة لتبين ان هناك ثلاث فئات
من الأطباء :

الفئة الأولى :

وتشمل ثلاثة وثلاثين طبيباً يحتلون أسفل المستويات من حيث حجم العمل ولا
يملكون اي عذر تخفيفي ويمكن الاستغناء عن خدماتهم، ومن بين هؤلاء من هو
مشهور في القطاع الخاص ويعتبر ان المستشفى الحكومي ليس بمستواه .

الفئة الثانية :

وتشمل ستة وسبعون طبيباً اداؤهم أفضل من الفئة الأولى وتقدموا بأعداد غير مبررة إلا أنها تعبر عن اهتمام وحسن نية، ولكن تبين ان هنالك أقساماً ، جميع أطبائها من نفس الاختصاص لا يقومون بالحد الأدنى المحدد فكان لا بد من اختيار الأقل سوءاً ...

الفئة الثالثة :

وتشمل اثنين وستين طبيباً لم يقوموا بالحد الأدنى المطلوب لأسباب خارجة عن إرادتهم ، كالعامل في أقسام كانت بطور التأهيل اثناء إجراء الدراسة واستناداً الى هذه الدراسة قام وزير الصحة بفسخ عقود أطباء الفئة الأولى الثلاثة والثلاثين لكنه عاد وتراجع عن قراره بعد عدة أيام ...^(١)

وتجدر الإشارة هنا الى ان التدخلات السياسية تسببت بمناقلات كثيرة في المستشفيات الحكومية دون أخذ رأي رؤساء الوحدات المعنية مما أدى الى نقل العاملين الى وحدات لا عمل لهم فيها والى ا فراغ الوحدات المحتاجة اليهم من العناصر البشرية الأساسية وخاصة الممرضات .

١ _ تقرير مدير عام الصحة ، ١٩٩٨ .

الفصل الثاني : التعاقد مع المستشفيات الخاصة

ان تقصير المستشفيات الحكومية عن القيام بأعمالها أدى الى التوجه نحو المستشفيات الخاصة التي وجدت في النظام الرأسمالي الحر مناخاً جيداً للنمو السريع، وازداد اعتماد الدولة على هذه المستشفيات عن طريق التعاقد معها من قبل الإدارات والمؤسسات العامة . وقبل البحث في عقود الاستشفاء الخاص لا بد من عرض موجز للقطاع الاستشفائي الخاص .

البند الأول : تحليل الواقع الحالي للقطاع الاستشفائي الخاص .

يمكن تلخيص هذا الواقع بما يلي :

١_ هيمنة القطاع الاستشفائي الخاص على السوق الإستشفائية في لبنان :

يلف عدد المستشفيات الخاصة حوالي ١٥٤ مستشفى بينها ١٣٥ للإقامة المتوسطة (٧٩٢ سرير) و ١٩ إقامة طويلة (٣٤٧٨ سرير) ^(١) يعمل فيها حوالي عشرون ألف فاعل صحي وخمسة الاف طبيب .
ويؤمن الاستشفاء الخاص ما لا يقل عن ٩٠ ٪ من الخدمات الإستشفائية في لبنان يستغني حوالي ١٠ ٪ منهم على نفقتهم الخاصة فيما يساهم بتغطية تكاليف استشفاء الباقين كلياً او جزئياً المؤسسات المتعاقدة الرسمية والخاصة ^(٢) .
ويؤمن الإستشفاء الخاص لوحده الطب الثقيل بكامله في لبنان والعناية بالعجزة والسموقين والمرضى المزمنين .

١_ نقابة المستشفيات الخاصة ، ١٩٩٨ - ١٩٩٩ .

٢_ ملحق رقم ١ ، بين تكاليف الاستشفاء في القطاع الخاص على حساب المؤسسات الرسمية

الضامنة .

٢_ التفاوت في التوزيع الجغرافي للأسرة ونوعية وحجم الخدمات :

يخضع سوق الخدمات الصحية في لبنان لمبادئ النظام الاقتصادي الحر في ظل غياب التنظيم والإشراف المطلوب من الدولة إذ يخضع إنشاء المستشفيات الخاصة لإجازة من وزارة الصحة العامة تعطى وفقاً لأحكام القانون الصادر بالمرسوم رقم ٩٨٢٦ تاريخ ١٩٦٢/٦/٢٢ (المستشفيات الخاصة) فيتم الترخيص وفقاً لمعايير غير متشددة وقديمة ودون اشراف فعلي لوزارة الصحة العامة.

هذا الأمر أدى الى الاستثمار في خدمات لا تتناسب من حيث النوع والكمية والتوزيع الجغرافي مع الحاجات الفعلية للبلد، ذلك ان التمويل الخاص يستثمر في المناطق التي تؤمن الحد الأكبر من الأرباح بحيث لا يعير المناطق الفقيرة اهتماماً كافياً فتبقى تعاني من نقص كبير في الخدمات. وتبعاً لذلك فإن أكبر نسبة توافر أسرة لكل شخص توجد في بيروت والمناطق المحيطة في جبل لبنان . ويبين الجدول التالي نسب توزيع المستشفيات والأسرة على المحافظات :

المحافظات	بيروت	جبل لبنان	الجنوب	الشمال	البقاع
نسب توزيع المستشفيات	٪٢٣	٪٣١	٪١٧	٪١٥	٪١٤
نسب توزيع الأسرة	٪٣١	٪٢٨	٪١٨	٪١٣	٪١٠

٣_ الاستعمال المكثف وغير المبرر علمياً للتكنولوجيا الحديثة والمتطورة

والمكلفة .

ان مناخ الحرية غير المنظمة يدخل المستشفيات بمنافسة شديدة فيما بينها بشكل يجعلها تتسابق الى اقتناء أقصى حد من التكنولوجيا الباهظة الكلفة ومن ثم حث المواطنين على استهلاك خدمات لا يحتاجون إليها ولا يعرفون فائدتها الطبية .

فاستناداً الى احصائيات نقابة مستشفيات لبنان^(١) يوجد عدد كبير من المراكز الصحية المتخصصة من مختبرات ومراكز تجميل قلب . الخ.....

ان هذا الواقع ليس دليل عافية في بعض جوانبه لأنه تم استناداً الى قوانين العرض والطلب ودون اجراء دراسة صحية للسوق الإستشفائية ليوضع على أثرها تخطيط صحي يعود بالمردود الاقتصادي والاجتماعي وليس المرودود المالي فقط .

كل ذلك يبين الفوضى التي تعم القطاع الاستشفائي الخاص .

٤_ الاضطراب في العلاقة مع مؤسسات التأمين العامة :

وهذا ما سنفصله في البنود التالية .

٥_ الاضطراب في العلاقة بين الجسم الطبي والقطاع الاستشفائي الخاص :

تبرز مظاهر هذا الاضطراب على الأخص في مسألة رفع التعرفة ومسألة فصل الأتعاب، فبالنسبة للمسألة الأولى تعتمد نقابة الأطباء الى رفع تعرفتها مبررة ذلك بعدم تقاضي الأطباء حقوقهم من المستشفيات فتعتمد المستشفيات في المقابل الى زيادة تعرفتها بحجة زيادة أتعاب الأطباء

أما بالنسبة لمسألة فصل الأتعاب فقد كانت وزارة الصحة العامة وغيرها من المؤسسات الضامنة تدفع فاتورة الإستشفاء للمستشفى متضمنة أتعاب الأطباء، ثم تقوم المستشفى بدفع أتعاب الأطباء .

إن هذا الأمر كان مثار جدل بين نقابة الأطباء ونقابة المستشفيات ، فنقابة الأطباء كانت تتهم المستشفيات باقتطاع عمولات من الأتعاب وبالتسويق والمماطلة بالدفع ويقول بعض الأطباء أنهم لا يتقاضون اتعابهم إلا بعد مرور مدة طويلة تزيد عن سنة أحياناً .

١_ ملحق رقم ٢ ، يبين عدد ونوع المراكز الصحية المتخصصة .

أما المستشفيات فكانت تتمسك بوحدة المؤسسة الإستشفائية وترى ان الطبيب هو فرد في فريق يقدم الخدمة وهذا الفريق هو المستشفى، فعلى الطبيب أن يعمل في المستشفى ضمن مجموعة وعليه أن يتقيد بالعقد الذي يربطه بالمجموعة .

نتيجة ذلك طرحت امكانية فصل أتعاب الأطباء عن فاتورة المستشفى ودفعها مباشرة من المؤسسات الضامنة الى الطبيب المعالج، واستطاعت نقابة الأطباء ان تحسم الأمر لمصلحتها حيث أصبحت نفقات الإستشفاء تسدد بحوالتين :

_ حوالة صادرة باسم المستشفى وتمثل مستحقات الاستشفاء .

_ حوالة صادرة باسم المستشفى تمثل " أتعاب الأطباء " ويتولى دفعها مباشرة

الى الأطباء المستحقين معتمد قبض تسميه الوزارة بناء على اقتراح ادارة المستشفى .
ومع ان ادلاء المستشفيات بأنها تمثل فريقاً واحداً متعاقداً مع وزارة الصحة العامة وغيرها يعتبر صحيحاً، فإن الحل الذي تم التوصل اليه يرتكز برأينا على اساسين قانونيين :

الأساس الأول : هو المادة ٢٢٧ من قانون الموجبات والعقود التي توضح بأن الصفة النسبية للعقود تحمل شذوذاً من الوجه الايجابي ويمكن التعاقد لمصلحة شخص ثالث ضمن شروط أهمها حماية هذا الشخص الثالث .

الأساس الثاني : وهو ان العقد مع وزارة الصحة العامة وغيرها من المؤسسات الرسمية الضامنة هو عقد اداري يمكن تضمينه بنوداً خارقة عن المؤلف لتأمين او تسهيل سير المرفق العام على أفضل وجه .

٦_ عدم معرفة حقيقة كلفة المريض في القطاع الإستشفائي الخاص بسبب تفاوت
الحقائيس وتداخلها في آن^(١) .

٧_ ارتفاع كلفة الاستشفاء مما دفع العرب الى التوجه الى اوروبا للحصول على العلاج .
وهذا ما يفعله ايضاً اللبنانيون الذين تتوافر لهم امكانيات السفر مما يدفعنا الى القول بأن
شعار لبنان مستشفى العرب أصبح من الماضي^(٢) .

٨_ اهتمام بعض المستشفيات الخاصة بالناحية المالية واهمالها صحة المريض
وحياته الى درجة وصلت في بعض الأحيان الى عدم استقبال مرضى في حالات خطرة ، مما أدى
الى وفاتهم على ابواب المستشفيات لأنهم لا يملكون التأمين المطلوب للسماح لهم
بدخول المستشفى^(٣) .

١_ لبنان والاسراتيجية الصحية ، المؤتمر الصحي الأول في لبنان .

٢_ مجلة البيان ، العدد ٢٨٠ ، آذار ١٩٩٥ ، ص ١٨ .

٣_ مجلة البيان ، العدد ٢٧٩ ، شباط ١٩٩٥ ، وفيه قرار ظني صادر عن قاضي التحقيق الأول في
بيروت يروي عذاب الانسان على يد المستشفى .

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراستات القطاع العام

٩- اعتماد المستشفيات الخاصة بشكل كبير على التمويل العام الذي يمثل ٦٤٪ من مدخولها وتريد مدفوعات وزارة الصحة لوحدها على ٣٠٪^(١).

البند الثاني : علاقة وزارة الصحة العامة مع المستشفيات الخاصة .

ترتبط وزارة الصحة العامة بعقود مع المستشفيات الخاصة يوضع بموجبها عدد من الأسرة بتصرف الوزارة من أجل معالجة المرضى الذين لا يعمرون بتغطية صحية ولا يتوفر لديهم العلاج في المستشفيات الحكومية .

السند القانوني لهذه النفقات نجده في المادة الثانية من المرسوم رقم ٨٣٧٧ تاريخ ١٩٦١ / ١٢ / ٣٠ (تنظيم وزارة الصحة العامة) والمادة الأولى من المرسوم رقم ١٦٦٦٢ تاريخ ١٩٦٤ / ٦ / ١٨ (تحديد الأشخاص الذين يحق لهم المعالجة في المستشفيات الحكومية) فهاتان المادتان تجعلان من مهام وزارة الصحة الأساسية تأمين معالجة المرضى مجاناً .

ومع ان الأولوية للمعالجة استناداً الى هاتين المادتين تعطى للمستشفيات الحكومية، ومع ان المادة ٣٩ من المرسوم رقم ١٥٢٠٦ تاريخ ١٩٦٤ / ١ / ٢١ (شروط تعاقد وزارة الصحة العامة مع المستشفيات الخاصة) تمنع التعاقد مع مستشفيات خاصة حيث يوجد مستشفيات حكومية باستثناء مدينتي بيروت وطرابلس فإن وزارة الصحة تعاقد مع مستشفيات خاصة في كل المناطق بسبب عدم توفر المؤهلات اللازمة في المستشفيات الحكومية ولقد بلغ اتفاق وزارة الصحة بسبب هذه العقود عام ١٩٩٧ / ١٩٥.٤ / مليار ليرة لبنانية أي بنسبة ٧٨٪ من إجمالي موازنة الوزارة^(٢) وفي العام ١٩٩٨ بلغت الاعتمادات حوالي ١٩٨ مليار ليرة لبنانية، ويمتاز هذا الإتفاق بزيادة تصاعدية من سنة الى سنة^(٣)، فقد بلغ عدد المستشفيات المتعاقدة في العام ١٩٩٧ / ١٢٤ / مستشفى وحوالي / ١٣٠ / مستشفى في العام ١٩٩٨ وكان في العام ١٩٩٤ / ١٠٠ / مستشفى وفقاً للجدول التالي :

١- ٢- تقرير مدير عام الصحة ، ١٩٩٨

٣- يراجع الملحق رقم ٣ الذي يبين نفقات وزارة الصحة موزعة حسب الاختصاص .

العام	عدد المستشفيات المتعاقدة	عدد الأسرة	عدد المرضى المعالجين
٩٤	١٠٠	١٢٧٠	٧٠٨٩٥
٩٥	١٠٩	١٥٠٧	٩١٩٨٤
٩٦	١٢٤	١٨٤٢	١٠٤٨٩٠
٩٧	١٢٤	١٨٤٢	١٢٥٨٩٠

ويتبين من هذا الجدول :

- __ ان نسبة زيادة عدد المرضى هي بحدود ٧٧.٥٧ ٪ خلال السنوات الأربع .
- __ ان نسبة زيادة عدد المستشفيات المتعاقدة خلال السنوات الأربع بلغت ٢٤ ٪ (١)
- وسنشرح في الفقرات التالية كيفية ابرام العقود ومكان الخلل فيها .

الفقرة الأولى : إجراءات ابرام العقود .

أولاً : إصدار مرسوم تحديد عدد الأسرة :

تتعاهد وزارة الصحة العامة كل سنة مع المستشفيات الخاصة استناداً الى مرسوم يصدر عن مجلس الوزراء ويحدد المستشفيات المتعاقدة وعدد الأسرة في كل منها، ولا يمكن تجاوز هذا العدد، ولقد رفض ديوان المحاسبة الموافقة على دفع مستحقات لمستشفيات تحطت عدد الأسرة المحدد لها^(٢)، ويقصد بعدد الأسرة العدد اليومي الذي تضعه المستشفى بتصرف الوزارة ويقدر المبلغ الذي يوازي تكلفة الأسرة .

١- تقرير التفتيش المركزي للعامين ١٩٩٦ - ١٩٩٧ .

٢- قرار ديوان المحاسبة رقم ٦٦٢ / ر.م. تاريخ ١٤ / ٧ / ١٩٩٧ .

ان مرسوم توزيع الأسرة لا يمكن ان يصدر إلا بعد اقرار الموازنة في مجلس النواب. وهو يحدد مدة العمل بالعتود التي تنتهي بانتهاء السنة المختصة انما يستمر العمل بها لمدة ثلاثة أشهر على الأكثر تلي صدور مرسوم توزيع الأسرة للسنة اللاحقة ضمن حدود اعتمادات السنة السابقة. كما يوزع هذا المرسوم المستشفيات والمؤسسات الطبية الى ثلاث فئات وفقاً لجدول مرفقة به وهذه الفئات هي :

الفئة الأولى : المستشفيات والمؤسسات الطبية التي تؤمن المعالجة وتقديم الخدمات الطبية العامة . (أي الخدمات العادية)

الفئة الثانية : المؤسسات الطبية المتخصصة بتقديم الخدمات الصحية لأمراض وحالات صحية معينة كالشلل والأمراض المزمنة والصدفية والعقلية ، وهذه الفئة فصلت لأهميتها.

الفئة الثالثة : الخدمات العامة في المؤسسات الطبية المختلفة، وهي تتعلق بإعادة التأهيل و أجهزة الشلل و العلاج الكيميائي و فحوص الغدد و نظائر الأشعة

ويحدد مرسوم توزيع الأسرة أيضاً كيفية دفع البدلات واتعاب الأطباء ومستحقات المستشفيات .

ووفقاً للمرسوم ١١٧٦٣ تاريخ ١٣ / ٢ / ١٩٩٨ الذي حدد عدد الأسرة بالنسبة للعام ١٩٩٨ أصبحت مستحقات الأطباء تدفع بموجب جدول اسمي مرفق بالحوالة الصادرة بهذه المستحقات، ويتولى دفعها مباشرة الى الأطباء المستحقين معتمد قبض تسميه الوزارة بنسأ على اقتراح ادارة المستشفى، ولقد حصل هذا الأمر بعد مطالبة الأطباء المتكررة به كما ذكرنا سابقاً.

أما المستشفيات فترسل فواتيرها شهرياً مع كامل المستندات المطلوبة الى وزارة الصحة التي تقوم بتدقيقها واصدار حوالة بيها ويتقاضى المستشفى المساهمة التي يتحملها المريض منه مباشرة .

ويحدد مرسوم توزيع الأسرة أخيراً إجراءات دخول المستشفى على حساب وزارة الصحة والتي سنبحتها ضمن فقرة مستقلة نظراً لأهميتها .

ثانياً : توقيع العقود الخاصة مع المستشفى :

استناداً الى مرسوم توزيع الأسرة تتعاقد وزارة الصحة العامة مع كل مستشفى على حدة . يحدد هذا العقد حقوق وموجبات الطرفين^(١) .

وتتميز العقود مع المستشفيات الخاصة بتنوعها وتعددتها وكثرة تفاصيلها مع عدم وضوح في بعض بنودها، فهناك عقود خاصة لكل فئة من الفئات الثلاث من المستشفيات، ونتيجة ذلك عمدت وزارة الصحة الى تقليص عدد العقود الى ثلاثة بدلاً من عشرة والى إضافة مواد تتعلق بالمحافظة على حقوق المريض والوزارة معاً، كإعطاء صلاحيات إضافية للطبيب المراقب للتأكد من حصول المريض على خدمات لائقة والسير على احترام شروط العقد من قبل المستشفى، واعطاء الحق للوزارة باجراء الحسومات اللازمة في حال ارتكاب المستشفى مخالفات واتخاذ العقوبات اللازمة بحقه والتي تؤدي الى فسخ العقد .

وتجدر الإشارة الى ان ٣٠ ٪ من نفقات وزارة الصحة على الإستشفاء تغطي فقط ثلاث مجالات متخصصة وهي غسل وزرع الكلي، معالجة السرطان وعمليات القلب المفتوح . وان المستشفى الواحد يمكن ان يوقع مع وزارة الصحة عقوداً تجعله ضمن أكثر من فئة واحدة

١- ملحق رقم ٤ ، نموذج عن عقد استشفاء في الفئة الأولى .

الفقرة الثانية : إجراءات دخول المستشفى على حساب وزارة الصحة العامة .

هنالك إجراءات أساسية تتعلق بالفئة الأولى ويزاد عليها بعض الإجراءات بحسب انواع العقود والأمراض في الفئتين الثانية والثالثة .

فبالنسبة لإجراءات الفئة الأولى. على المريض ان يتقدم بطلب للحصول على بطاقة استشفاء من الوحدات المختصة، ويقدم الطلب مرفقا بالمستندات التالية :

- ١_ اخراج قيد يثبت ان المريض لبناني الجنسية .
 - ٢_ افادة بعدم الانتساب الى صندوق الضمان الاجتماعي وتعاونية موظفي الدولة .
 - ٣_ استمارة طلب إستشفاء موافق عليها من المستشفى والطبيب المراقب وذلك لجهة توفر أسرة شاغرة .
 - ٤_ تقرير الطبيب المعالج يبين الحالة المرضية .
- ولقد تم إلغاء وجوب تقديم شهادة فقر الحال وفقا لما أوضحناه سابقا .

ويزاد على هذه الإجراءات امور أخرى تتعلق بأمراض معينة كعملية القلب المفتوح حيث يتوجب على المريض الحضور شخصيا الى مبنى وزارة الصحة العامة ليخضع لمعاينة فنية تقوم بها لجنة تتألف من ثلاثة أطباء وتجتمع مرتين في الأسبوع، وزودت وزارة الصحة بالتقنيات اللازمة لتمكين هذه اللجنة من القيام بعملها .

هذا ما يحصل في الحالات العادية ، أما في الحالات الطارئة فيدخل المريض أحد المستشفيات او المؤسسات المتعاقدة قبل الحصول على بطاقة الإستشفاء على ان يتولى المستشفى إعلام الطبيب المراقب بحصول الحالة الطارئة في أول يوم عمل يلي تاريخ الدخول فإذا وافق على قبول الحالة يتوجب عندئذ على ذوي المريض الحصول على بطاقة تغطية مؤخررة خلال ٤٨ ساعة عمل من تاريخ دخول المريض. وإذا تخطى عدد المرضى بسبب الحالات الطارئة العدد المحدد للأسرة يتفق الطبيب المراقب مع الأطباء المعالجين على اسم المرضى الذين يمكن مغادرتهم المستشفى وإذا تعذر ذلك يحال الأمر على مديرية العناية الطبية للبت به .

الفقرة الثالثة : مكانن الخلل في العلاقة بين وزارة الصحة العامة والمستشفيات الخاصة.

أولاً : الخلل المتملق بمرسوم توزيع الأسرة والعقود :

ذكرنا ان مرسوم توزيع الأسرة لا يمكن ان يصدر قبل اقرار الموازنة في مجلس النواب. وهنا تبرز المشكلكة الناجمة عن التأخير في اصدار قانون الموازنة العامة من جهة والتأخير في اصدار مرسوم توزيع الأسرة من جهة ثانية والتأخير الإداري في انجاز العقود وتوقيعها من جهة ثالثة.

وبما ان العقد العائد للسنة السابقة ينتهي بانتهاؤها فكان ينتج عن ذلك فترة زمنية تقع بين انتهاء العقد السابق وبداية العقد الجديد، وفي هذه الفترة كانت وزارة الصحة العامة تعتمد الى معالجة المرضى دون عقود قانونية ودون اتفاقيات تحدد حقوق وواجبات المستشفى والوزارة ودون توفر الاعتمادات اللازمة مما يشكل مخالفات مالية تعاقب عليها المادة ٦٠ من قانون تنظيم ديوان المحاسبة .

من أجل حل هذه المشكلكة ادخل تعديل على مرسوم توزيع الأسرة يسمح بالاستمرار بالعمل بالعقود لمدة ثلاثة أشهر على الأكثر تلي صدور مرسوم توزيع الاعتمادات المرصدة في موازنة السنة القادمة ضمن حدود الاعتمادات المرصدة في موازنة السنة السابقة .

في الفترة التي تقع بين العقود القديمة والعقود الجديدة يجري ادخال المرضى الى المستشفيات استناداً الى الموازنة الاثني عشرية، مع ما يرافق اعتماد هذه الموازنة من مساوي تتمثل بالارتباك في الحسابات اذ يضطر المحاسبون الى مسك حسابات مؤقتة لكل نفقة، يضاف الى ذلك ان الموازنة الاثني عشرية تجيز للحكومة ان تنفق على أساس موازنة السنة السابقة، وتتيح لها ان تضع السلطة التشريعية امام الأمر الواقع باقدامها على صرف نفقات كان يمكن ان يخفضها البرلمان^(١) .

١_ د. حسن عواضة _ د. عبد الرؤوف قطيش ، المالية العامة ، ١٩٩٥ ، ص ١٤٧ .

ثانياً : الخلل المتمثل بتجاوز الاعتمادات .

يتم التعاقد لدى وزارة الصحة العامة على اساس حد أقصى من الأسرة يقابله مبلغ لا يمكن تجاوزه. ولكن في مسألة تتعلق بالإستشفاء وتأمين الصحة وجدت وزارة الصحة العامة مبررات كثيرة لتجاوز الاعتمادات المرصدة في الموازنة يضاف الى ذلك عدم تلبية طلبات الوزارة لجبة قيمة الاعتمادات المطلوبة بحيث تعطى أقل مما تطلب وهذا لا يكفي بنظرها .

ان هذا الواقع أدى الى ترتيب ديون على وزارة الصحة ناتجة عن عقد نفقات بادخال مرضى الى المستشفيات دون توفر الاعتمادات اللازمة، ولقد شكلت لجنة ضمت ممثلين عن كل من المديرية العامة للصحة والطبابة العسكرية في الجيش والخدمات الطبية في قوى الأمن الداخلي، وتعاونية موظفي الدولة ونقابة المستشفيات الخاصة في لبنان بالإضافة الى وزارة المالية ولجنة المال والموازنة، وتتولى هذه اللجنة اقتراح السبل الآيلة الى تأمين مستحقات المستشفيات الخاصة على عاتق الادارات والمؤسسات العامة الضامنة .

وبتاريخ ١٦/١١/١٩٩٨ اجتمعت هذه اللجنة في وزارة المالية وتوصلت الى تحديد

الديون المترتبة على الشكل التالي :

١٦٠ مليار	وزارة الصحة العامة
٩٧ مليار	وزارة الدفاع الوطني
١٤ مليار	تعاونية موظفي الدولة
٢١ مليار	قوى الأمن الداخلي

المجموع ٢٩٢ مليار

وبقيت هذه الأرقام على ما هي عليه حتى آخر العام ١٩٩٨ .

ثالثاً: الخلل المتعلق بالمراقبة الطبية وتدقيق الفواتير :

نشير في البدء الى صعوبة ضبط ومراقبة المؤسسات الخاصة في مجال الاستشفاء

لتشعبه وتعقيداته .

في ما يتعلق بالمراقبة الطبية فلقد أنيطت هذه المهمة بطبيب مراقب يتولى التدقيق في هوية المريض وتاريخ دخوله وخروجه، ولكن عدد الأطباء المراقبين قليل ولا يستطيعون التدقيق بجميع الخدمات والأدوية واللوازم الطبية التي يدعي المستشفى انه قدمها للمريض . كما ان الأطباء المراقبين غير متفرغين ويدققون في الكثير من الأحيان في مجالات خارجة عن اختصاصهم، وفي العام ١٩٩٤ بلغ عدد الأطباء المراقبين ٣٥ طبيباً مراقباً مقسمين على ١٠٠ مستشفى، وقد تعاقبت وزارة الصحة العامة مؤخراً مع ٢٠ طبيباً مراقباً خلافاً للقانون والأنظمة، فقد تم تعيينهم خلافاً لنظام التعاقد في وزارة الصحة العامة ودون توسيع السملك وفي تقريره السنوي للعامين ١٩٩٦/١٩٩٧ ذكر التفيتش المركزي ان الرقابة الطبية التي يتولاها الأطباء المراقبون شبه معدومة، وتعود الأسباب الى عدة عوامل منها :

_ إهمال الأطباء المراقبين وظائفهم ... وعدم الكشف على المرضى ...

_ قلة خبرة هؤلاء في أعمال الرقابة الطبية .

_ اكتشاف تواطؤ عند بعضهم مع إدارات المستشفيات المتعاقدة .

_ بعض الأطباء يوقعون على بطاقات الإستشفاء او يمددون فترة المعالجة بعد مغادرة

المرضى المستشفى

ان ضعف المراقبة الطبية رافقه ضعف أكبر في جهاز الموظفين المكلفين بالتدقيق

المالي والمحاسبي، وهذا الأمر أدى الى إنشاء لجنة تدعى لجنة التدقيق الصحي مهمتها التدقيق

في الفواتير المقدمة وفي مدى انطباقها على التعريفات وفي مدى عدالتها لجهة نوع وكمية

ومدة المعالجة

وتتألف هذه اللجنة من ١٦ عضواً بين أطباء وصيادلة ومفتشين ماليين، وتقوم بالتدقيق على طريقة سير الغور فنتنتي ١٠. / من مجموع الفواتير المقدمة شهرياً من كل مستشفى، وكان للفتيش المركزي اعتراض على هذه الطريقة لأنها لا تظهر حقيقة المستحقات المطلوبة واقترح استبدالها بطريقة الجرد^(١).

وتكتشف لجنة التدقيق الكثير من المخالفات التي تتلخص بما يلي :

- _ ان بعض الفواتير المقدمة وهمية جزئياً أو كلياً .
- _ عدم تضمين الفواتير المقدمة من بعض المستشفيات بعض المستندات .
- _ اعطاء بطاقات الإستشفاء بعد دخول المريض الى المستشفى او خروجه منه .
- واستناداً الى ما تقدم بلغت نسبة الحسم الذي أجرته لجنة التدقيق في العام ١٩٩٧ حوالي ٥٠. / من قيمتها في بعض المستشفيات ويفسر البعض رضوخ هذه المستشفيات لهذا الحسم بأنه دليل على ثبوت التلاعب^(٢).

١_ تقرير الفتيش السمركري للعام ١٩٩٦ / ١٩٩٧ .

٢_ ملحق رقم ٥ : جدول احصائي يظهر تطور كلفة الاستشفاء من العام ٩٤ الى ٩٧ والوفر الحاصل بعد التدقيق في الفواتير المقدمة من المستشفيات .

البند الثالث : الاستشفاء لدى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي :

انشئ الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بموجب القانون الصادر بالمرسوم رقم ١٣٩٥٥ تاريخ ٢٦ / ٢ / ١٩٦٣. ووضع فرع ضمان المرض والأمومة موضع التنفيذ اعتباراً من ١ / ٢ / ١٩٧١ .

الفقرة الأولى : هيكلية الصندوق :

ان الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي هو مؤسسة مستقلة ذات طابع اجتماعي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالين المالي والإداري، ويخضع لوصاية وزارة العمل ولرقابة ديوان المحاسبة المؤخرة فقط . وهو يتألف من مجلس إدارة ولجنة فنية وأمانة سر تخضع لسلطة مدير عام، ويتألف مجلس الإدارة من ستة مندوبين عن الدولة وعشرة عن أرباب العمل وعشرة عن الأجراء واثنين عن هيئات الزراعيين .

الفقرة الثانية : المضمونون لدى الصندوق .

يخضع لأحكام الضمان الإجتماعي العاملون في القطاع الخاص والمتعاقدون والمؤقتون العاملون في القطاع العام وذلك ضمن الشروط المحددة في المادة ٩ من قانون الضمان الإجتماعي وفي المواد السبع الأولى من نظام الإنتساب والتسجيل لدى الضمان الإجتماعي . وبلغ عدد المضمونين في العام ١٩٩٨ حوالي ٣٧٨ ألف يتوزعون الى ٣٢٥ ألف أجير و ٢٠ ألف طالب و ٣٣ ألف سائق ، ويمثل هؤلاء حوالي ٩٩٣ ألف مستفيد^(١) .

١- احصاءات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الفقرة الثالثة : مالية الصندوق .

تأمين واردات صندوق المرضى والأمومة من الإشتراكات الممتوجة على المضمونين وقدرها ١٥ ٪ موزعة الى ١٢ ٪ على عاتق رب العمل و ٣ ٪ على عاتق المضمون .
وتوجب المادة ٦٤ من قانون الضمان الإجتماعي تأليف لجنة مالية لاستثمار أموال الضمان إلا أنه لم يتم ذلك إلا لفترة وجيزة ودون تحقيق نتيجة إيجابية ، أما الآن فستثمر أموال الضمان في سندات الخزينة والحسابات المصرفية الخاصة .

الفقرة الرابعة : نظام الاستشفاء في الضمان .

يؤمن الضمان الاجتماعي الاستشفاء عن طريق التعاقد مع مستشفيات خاصة بعقود مفتوحة دون مبالغ مقدرة . وفي العام ١٩٩٨ تعاقد الضمان مع ١٢٥ مستشفى موزعة على كافة الأراضي اللبنانية^(١) وتحتسب نفقات الاستشفاء على أساس تعرفه للأعمال الطبية^(٢) ويتحمل الضمان ٩٠ ٪ من هذه النفقات .

ولقد بلغت تكاليف الاستشفاء المدفوعة عام ١٩٩٨ ما مقداره ٢٦٢.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. ، أما نفقات الطبابة العادية فقد بلغت قيمتها ٨٧.٨٣٦.٢١٠.٠٠٠ ل.ل.^(٣) .

والجدير بالذكر انه تم فصل فاتورة الأطباء عن فاتورة المستشفى لدى الضمان كما حصل لدى وزارة الصحة العامة .

١ _ ٣ _ احصاءات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

٢ _ ملحق رقم ٦ ، نموذج عن عقد الضمان الاجتماعي والمستشفيات الخاصة وعن التعريفات الساعمة .

الفقرة الخامسة : إجراءات دخول المستشفى على حساب الضمان .

يتوجب على المضمون في حال احتياجه الى الإستشفاء تقديم طلب الى الصندوق موقع منه او من وليه ويتضمن هذا الطلب تقرير الطبيب المعالج الذي يعين الحالة المرضية. ويرفق بالطلب المستندات التالية :

- _ بطاقة الهوية او اخراج قيد افرادي مع صورة عنهما للمريض وللمضمون .
- _ نسخة عن التحقيق الاجتماعي اذا كان المريض احد الوالدين .
- وبناءً على ذلك تعطى الموافقة المسبقة، أما في الحالات الطارئة المستعجلة فيتوجب على المضمون الحصول على موافقة مؤخره بعد موافقة المراقبة الطبية .
- ولدى مغادرة المريض، تملأ إدارة المستشفى بطاقة الخروج وترسلها مع الحساب الى الصندوق، ويدفع المريض للمستشفى مباشرة المساهمة المتوجبة عليه .

الفقرة السادسة : الرقابة الطبية والإدارية .

تسم الرقابة في الضمان بمجديتها وفعاليتها وتقوم بها مصلحة المراقبة الطبية التي تتألف من أطباء وصيادلة متفرغين لا يستطيعون ممارسة نشاط آخر إلا بموجب اعفاء استثنائي وفي مجال انتاج الكتب العلمية او الفنية او التعليم في الجامعات على عكس ما هو الأمر بالنسبة لوزارة الصحة العامة .

كذلك الأمر بالنسبة للمراقبة الإدارية الجدية التي تقوم بدرس الملفات وليس عن طريق سير الغور كما في وزارة الصحة العامة . ولكن يؤخذ على الضمان عدم فسحه العقود مع المستشفيات التي تبين ارتكابها لمخالفات ، وقد يكون السبب عدم توفر البديل .

الفقرة السابعة : مستشفى البترون .

تأسس هذا المستشفى عام ١٩٦٨ على يد الراهب اللبناني يوسف يزبك على أرض الرهبانية المارونية في البترون . ثم انتقلت ملكيته الى وزارة الصحة العامة في بداية السبعينات على يد وزير الصحة آنذاك الدكتور اميل واكيم البيطار الذي سمي المستشفى على اسمه فيما بعد خلال العام ١٩٩٤ .

وتحت ضغط كلفة الاستشفاء العالية والحاجة الى سياسة صحية جديدة استعمل هذا المستشفى كنموذج تمارس فيه الأعمال الطبية تحت ادارة الضمان الذي استثمره بموجب العقد رقم ٦١ تاريخ ١٨ / ٤ / ١٩٧٤ الموقع من وزارة الصحة والصندوق واستناداً الى ذلك بدأ العمل في شهر تشرين الأول من العام ١٩٧٤ وأمن المستشفى الخدمات الطبية لجميع المواطنين من مضمونين وغير مضمونين وفقاً لتعريف الضمان الرسمية، وهو يحتوي الآن على ١١٠ أسرة ، ويعمل فيه حوالي ستون طبيباً يعاونهم ١٦٠ مستخدماً من ممرضين وفنيين وإداريين (١)

وبالرغم مما أصاب المستشفى اثناء الأحداث فإنه لا يزال يعبر عن تجربة رائدة وناجحة في الإنماء الصحي. ولقد كثرت الأحاديث في الأوساط الرسمية والخاصة على مدى نجاح هذا المستشفى خاصة وأنه يجمع بين المستوى اللائق من الطبابة والاستشفاء والكلفة المادية المتدنية مقارنة بأسعار المستشفيات الخاصة. والجدير بالذكر ان وزارة الصحة تتعاقد مع هذا المستشفى وتدفع له مثل ما تدفع للمستشفى الخاص مع أنها صاحبة المبنى والأرض، وبدل الايجار الذي تتقاضاه من الضمان أصبح بدون قيمة لذلك فهي تعتبر خاسرة في هذا المجال وربما هذا ما دفعها الى العدول عن تعميم تجربة مستشفى البترون على جميع المستشفيات العامة .

١ _ المجلة الاجتماعية اللبنانية ، عدد نيسان ١٩٩٦ .

البند الرابع : الاستشفاء لدى تعاونية موظفي الدولة .

انشئت تعاونية موظفي الدولة بموجب القانون الصادر بالمرسوم ١٤٢٧٢ تاريخ ٢٩ تشرين الأول ١٩٦٣ ، وبهذا القانون أعطيت التعاونية صفة المؤسسة العامة .
وينتسب الزامياً الى التعاونية موظفو الدولة الدائمون باستثناء أفراد الجيش وقوى الأمن الداخلي والأمن العام والقضاة. كما يمكن ان ينتسب اليها مستخدمو المؤسسات العامة والبلديات بموجب عقود مع مجلس الادارة في التعاونية كما هو حاصل حالياً بالنسبة لبلدية صيدا والمركز التربوي للبحوث والانماء ومصلحة الأبحاث العلمية الزراعية والمشروع الأخضر .

وبعد ان كان عدد المنتسبين الى التعاونية مع أفراد عائلاتهم في العام ١٩٩٤ حوالي الثلاثماية الف، اقترب هذا العدد الآن الى ٤٠٠ الف مستفيد^(١) ومعظم المنتسبين من اساتذة التعليم الرسمي، وتبعاً لذلك تغطي تعاونية الموظفين ما نسبته حوالي ال ١٠٪ من الشعب اللبناني .

وتتألف التعاونية من سلطة تنفيذية على رأسها المدير العام وسلطة تقريرية تدعى مجلس الادارة الذي يتألف من تسعة أعضاء يمثلون كافة فئات الموظفين .

وتتألف واردات التعاونية بشكل أساسي من موردين :

ـ المورد الأول يتمثل بمساهمة الزامية تقتطع من راتب كل منتسب وقدرها ١٪ من الراتب غير الصافي .

ـ المورد الثاني هو المساعدة المقطوعة التي تقدمها الدولة للتعاونية، وترصد هذه المساعدة في الموازنة العامة ويشترط قانون انشاء التعاونية ان لا تقل هذه المساعدة عن ستة بالمئة من مجموع الرواتب، ولقد بلغت قيمة هذه المساعدة ٨١ مليار ليرة لبنانية عام ١٩٩٧ .

١- تقارير تعاونية موظفي الدولة السنوية .

وبما ان هذه المساعدة ترصد في الموازنة العامة فسنؤكد ان لا تستطيع
التعاونية الاستفادة منها الا اذا اقرت الموازنة في مجلس النواب وقد يؤدي ذلك الى نتائج سيئة في
حال تأخر اقرار الموازنة

وتعاني التعاونية من عدم كفاية وارداتها فتجاوز الاعتمادات المرصدة في موازنتها
وترتب على نفسها ديوناً للمستشفيات الخاصة المتعاقدة معها. ولقد بلغت قيمة هذه الديون
١٤ مليار ليرة لبنانية حتى ٣١ / ١٢ / ١٩٩٨ .

وتتعاقد التعاونية لتأمين الاستشفاء مع مستشفيات خاصة وفقاً لنموذج موحد لا يتضمن حداً
أقصى للمبالغ المقدرة، وتجدد هذه العقود تلقائياً كل سنة، وبلغ عددها عام ١٩٩٨ / ١٠٩ / .
وللمنتسب او احد افراد عائلته او من كان في عهده ان يدخل احد المستشفيات المتعاقدة او
اي مستشفى آخر شرط الحصول على موافقة مسبقة، او اعلام التعاونية خلال ٤٨ ساعة من تاريخ
الدخول في الحالات الطارئة المستعجلة، وترسل التعاونية فوراً مندوبها الى المستشفى للتثبت
من هوية المريض ومن حصول الاستشفاء وبعد التدقيق والتثبت من الاستشفاء تدفع التعاونية
مباشرة الى ادارة المستشفى المتعاقدة معها نفقات الاستشفاء، أما في المستشفيات غير
المتعاقدة فعلى المنتسب ان يدفع كامل النفقات الاستشفائية وبعد ذلك يستفيد من منحة
استشفاء تحسب على أساس تعرفه التعاونية . وتحمل التعاونية كامل نفقات الاستشفاء إذا كانت
الإصابة ناجمة عن الوظيفة، وفي الحالات الأخرى تتحمل ٩٠ ٪ / إذا كان المريض هو المنتسب
نفسه او زوجته او احد اولاده الذين يتقاضى عنهم التعويض العائلي، وتحمل ٧٥ ٪ / من النفقات في
حال استشفاء ذوي العهدة اي الأب والأم والاخوة والأخوات والأولاد الذين لا يتقاضى عنهم
المنتسب التعويض العائلي شرط ان تتوفر في هؤلاء شروط العهدة .

وتختلط في التعاونية نفقات الاستشفاء مع المساعدات المرضية العادية لوحدة البند الذي تصرف منه. ولقد بلغت قيمة هذه النفقات عام ١٩٩٨ حوالي ٤٣ مليار ليرة لبنانية دون احتساب الديون غير المدفوعة. اما بالنسبة للمراقبة فيتولى الشق الطبي منها أطباء مراقبون تعتمدهم التعاونية في كل مستشفى، ويحق لجنرلاء الأطباء الاطلاع على ملفات المرضى للتأكد من المعايير والفحوصات ... ثم تخضع الفواتير المرسله الى التعاونية الى تدقيق لجان طبية تتعاقد معها سلطة الوصاية (مجلس الخدمة المدنية) بناءً على اقتراح مجلس الإدارة، وتتألف كل لجنة من ثلاثة أطباء وصيدلي يعاونهم موظف إداري من التعاونية بصفة مقرر. ولهذه اللجان دور أيضاً في اعطاء الموافقة على الاستشفاء .

ويتولى المراقبة الادارية مراقبون اداريون يرسلون الى المستشفى اثناء الاستشفاء للتحقق من هوية المريض ودخوله المستشفى وخروجه منها وكميات الأدوية والفواتير وكشوف الحسابات .

يتبين من ذلك ان المراقبة في التعاونية متشددة فهي تدقق في كل السملفات وعلى أكثر من مرة مما يضيق احتمالات الغش والمغالاة في الفاتورة الاستشفائية .

البند الخامس : الاستشفاء لدى وزارة الدفاع الوطني .

كرّست المادة ٦٨ من المرسوم الاشتراعي رقم ٨٣/١٠٢ (قانون الدفاع الوطني) المعدل بالقانون رقم ٨٧ / ٢٤ استفادة العسكريين من الطبابة والمعالجة مجاناً وفقاً للنصوص الآتية:

"يستفيد من الطبابة والمعالجة المجانية عسكريو الخدمة الفعلية وعائلاتهم والعسكريين المتقاعدين وعائلاتهم" ويزيد عدد هؤلاء عن ٤٠٠ ألف مستفيد^(١) .
تتولى وزارة الدفاع الوطني تأمين المعالجة عن طريق مؤسساتها الصحية، وعن طريق المستشفيات الخاصة المتعاقدة معها .

وتتألف مؤسسات وزارة الدفاع الصحية من مستشفيات عسكريين :
الأول المركزي في بيروت ، والثاني في البقاع ،
ومن خمس طبابات مناطق رئيسية يلحق بها مستوصفات فرعية في الشككات وفي مراكز الألوية .

المستشفى العسكري المركزي في بيروت يحتوي على مئة وخمسين سريراً وهو مجهز بأربع غرف عمليات يمكنها القيام بكل العمليات باستثناء عمليتي القلب المفتوح وزرع الأعضاء، وهو حالياً لا يعمل بسبب أعمال الصيانة والتأهيل .

أما مستشفى البقاع العسكري فيقع في ثكنة أبلح ، وهو عبارة عن مبنى قديم تقصه كل مقومات المستشفى ويستعمل حالياً كمستوصف للطبابة العادية للعسكريين وعائلاتهم .

على صعيد طبابات المناطق الرئيسية نجد أطباء من جميع الاختصاصات يتولون السمعيانات العادية، أما المستوصفات فلا تضم جميع الاختصاصات إنما اختصاصين أو ثلاثة .

يرأس جميع هذه المؤسسات أطباء عسكريين ويتم التعاقد مع أطباء مدنيين بلغ عددهم لدى المستشفى العسكري المركزي حوالي ال ٧٥ طبيباً وبعضهم تبرع بالعمل مجاناً .

١ _ المديرية العامة للإدارة في وزارة الدفاع الوطني .

على المستفيد من الطبابة العسكرية ان يعرض نفسه على طبابات المناطق او المؤسسات الأخرى فإذا كان يستلزم المعالجة في مستشفى فيتم تحويله الى المستشفى العسكري للحالات المتوفرة وفي حال وجود اسرة شاغرة ، وإذا لم يتوفر ذلك فيحال الى المستشفيات الخاصة التي تتعاقد سنوياً مع وزارة الدفاع الوطني ضمن اعتمادات مرصدة في الموازنة واستناداً الى نص المادة ١٤٧ فقرة ١٢ من قانون المحاسبة العمومية والمادة ٢٥ من المرسوم ١١٥٧٤ / ٦٨ تاريخ ٣٠ / ١٢ / ١٩٦٨ (تصديق دفتر الشروط الإدارية العامة لتعويضات لوازم الجيش) .

وبالنسبة للعام ١٩٩٨ صدر قرار مجلس الوزراء رقم ١٥ تاريخ ١٧ / ٩ / ١٩٩٧ وتضمن الموافقة على تأمين مستلزمات وحاجيات للجيش للعام ١٩٩٨ ومنها التعاقد مع المستشفيات بموجب اتفاقيات رضائية وذلك بواسطة جان خاصة تشكل لهذه الغاية بقرار من وزير الدفاع الوطني ويشارك فيها مندوب عن وزارة المالية ولقد تألفت اللجنة بالقرار رقم ١٨ / و.د. تاريخ ١١ / ١ / ١٩٩٨ ووضعت لائحة بـ ٦٤ مستشفى اقترحت التعاقد معها للعام ١٩٩٨ وحددت الأسعار الخاصة بكل مستشفى وتعرفة الأعمال الطبية الخاصة ودفتر الشروط الفنية الخاصة للتعاقد مع المستشفيات والذي يتضمن بنوداً تفصيلية لمنع اي اشكال او التباس في تطبيق الاتفاقيات . وتم التعاقد مع المستشفيات بعقود غب الطلب تخضع لرقابة ديوان المحاسبة المسبقة، ولكن نظراً لضخامة عدد المستفيدين وعدم توقع العمل الطبي المطلوب تم تجاوز الاعتمادات المرصدة لنفقات الاستشفاء وترتب عجز على الإدارة بلغ عن العام ١٩٩٨ // ١٧.٧٠٠.٠٠٠.٠٠٠ // ل.ل. أما مجموع المستحقات المترتبة حتى ٣١ / ١٢ / ١٩٩٨ فييو // ٧٦٢٩٤٢٧٠٥٦٣ // ل.ل. (١) .

وتحدد قيمة تقديرية لهذه العقود بمبلغ معين يمكن زيادته بنسبة ٢٠٪ (٢) .

١- وزارة الدفاع الوطني

٢- ملحق رقم ٧ ، نموذج عن عقد بين وزارة الدفاع الوطني والمستشفيات الخاصة .

البند السادس : الاستشفاء لدى قوى الامن الداخلي وشرطة مجلس النواب
والأمن العام وأمن الدولة وبلدية بيروت .

استناداً لأحكام المواد ١٤٦ و ١٤٧ و ١٤٨ و ٢٤٠ من القانون رقم ١٧ تاريخ ١٩٩٠/٩/٦ (قانون تنظيم الأمن الداخلي) يقع على عاتق المديرية العامة لقوى الأمن الداخلي معالجة رجال قوى الأمن الداخلي وعناصر شرطة مجلس النواب في الخدمة الفعلية والمتقاعدين وعائلاتهم. وهي تتولى ذلك عن طريق مؤسساتها الصحية او المؤسسات الصحية الرسمية والخاصة . ومن أجل ذلك تتعامل الإدارة مع عدد من المستشفيات والمراكز الطبية وفقاً لللائحة أسعار معدة مسبقاً من قبل لجنة مختصة بدراسة الأسعار وبعد التفاوض مع إدارات هذه المستشفيات وليس على أساس اتفاقيات رضائية وعقود تحدد موجبات وحقوق كل من الطرفين . وعلى أساس التعرف المعتمدة لكل عمل طبي، يعطى المريض بطاقة دخول ومعالجة في المستشفى بناءً على تقرير الطبيب المعالج. وثناء المعالجة يتولى جهاز طبي عسكري مراقبة التنفيذ من حيث نوع وكمية ومدّة الأعمال الطبية . وبعد انتهاء المعالجة تعد المستشفى فاتورة بالمستحقات وترسلها الى المديرية العامة حيث تتولى لجنة تدعى "اللجنة الصحية لدرس الفواتير والمساعدات " درس المعاملة وترفع تقريراً بذلك يصدر على اساسه قرار بصرف نفقات المعالجة عن مدير عام قوى الأمن الداخلي، وذلك بعد حجز الاعتماد اللازم وتأشير مراقب عقد النفقات او ديوان المحاسبة اذا تجاوزت قيمة المساعدة ١٥ مليون ليرة لبنانية، ويدفع المبلغ مباشرة الى المستشفى .

ان نفقات المعالجة لدى قوى الأمن الداخلي تزايدت في السنوات المنصرمة لعدة اسباب اهمها ارتفاع كلفة المعالجة وبلغت اعتمادات الموازنة عام ١٩٩٨ //٢٤// مليار ليرة ولكنها لم تكفي ، وبلغت النفقات المعقودة دون توفر اعتمادات حتى ٣١ /١٢ /١٩٩٨ // ٢١// مليار ليرة لبنانية .

وتعمد الإدارة في قوى الأمن الداخلي الى طرح عملية تأمين المعالجات الطبية الضرورية بطريقة الإتفاق الرضائي عملاً بأحكام الفقرة الثانية عشرة من المادة ١٤٧ من قانون المحاسبة العمومية، ولقد عرض هذا المشروع على الديوان ووضع ملاحظاته عليه .

وتعتمد كل من المديرية العامة للأمن العام والمديرية العامة لأمن الدولة وبلدية بيروت نفس الطريقة المتبعة لدى المديرية العامة لقوى الأمن الداخلي حيث يتم تأمين دفع المستحقات بمساعدات مرضية تعطى بقرارات صادرة عن المرجع الصالح وفقاً للقوانين والأنظمة التي ترعى كل منها .

البند السابع : الاستشفاء لدى صندوق تعاضد القضاة وصندوق تعاضد
افراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية .

الفقرة الأولى : صندوق تعاضد القضاة .

استثنى القضاة من احكام قانوني تعاونية موظفي الدولة والضمان الاجتماعي بالمرسوم الاشتراعي رقم ٥٢ تاريخ ٢٩ / ٧ / ١٩٨٣ الذي أنشأ صندوق تعاضد القضاة وحدد نظامه وجعله متمتعاً بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري .
ويخضع الصندوق لرقابة ديوان المحاسبة المؤخّرة ولكنه لا يخضع لقانون المحاسبة العمومية . ويديره مجلس إدارة يتألف من خمسة قضاة عدليين وقاض من مجلس شوري الدولة وقاض من ديوان المحاسبة، ويقوم بمهام مفروض الحكومة لدى الصندوق مدير عام وزارة العدل. وتتكون واردات الصندوق من بدل اشتراك المنتسبين، ومساهمة الدولة ورسوم ومساهمات أخرى وفقاً لما هو محدد في المادة الخامسة من نظام الصندوق .
يستعمل الصندوق هذه الواردات لتأمين مساعدات طبية واجتماعية وتعليمية وثقافية وسكنية للمنتسبين وعائلاتهم، وبلغ عدد القضاة العاملين ٥٠٦ قضاة وعدد المتقاعدين ١٩٢ قاض حالياً^(١) .

بالنسبة لتأمين الخدمات الاستشفائية يتعاقد صندوق تعاضد القضاة مع المستشفيات الخاصة على ان يعالج المنتسب في الدرجة الأولى ويدفع نفقات المعالجة وفقاً لتعريف الدرجة الثانية .
ويبلغ عدد المستشفيات المتعاقدة ٣٨ مستشفى موزعة على بيروت والمناطق .

وعلى المستشفى. لكي يستطيع دخول المستشفى في الحالات الباردة ان يحضر تقريراً طبياً يبين حالته ويعطى على أساسه كتاب من الصندوق موجه الى ادارة المستشفى يتعهد فيه الصندوق بدفع نفقات المعالجة في الدرجة الأولى وإذا دخل المستشفى الى درجة أعلى (سويت) فعلى المستشفى تقاضي فرق التعرفة مباشرة من المريض نفسه .

وبعد انتهاء العلاج ترسل ادارة المستشفى الفاتورة الى الصندوق الذي يقوم بالتدقيق فيها إدارياً وطبياً وإذا وجدت سليمة تدفع خلال مئة عشرة أيام من تاريخ الاستلام .

الفقرة الثانية : صندوق تعاضد افراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية .

انشأ القانون رقم ٣٢١ تاريخ ٢٤ / ٣ / ١٩٩٤ صندوق تعاضد افراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية واستثناهم من الخضوع لأحكام تعاونية موظفي الدولة .

يضم هذا الصندوق جميع افراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية من الداخلين في الملاك والمتقاعدين المتفرغين والمتقاعدين، ويتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري .

يدير الصندوق مجلس ادارة من سبعة اعضاء من افراد الهيئة التعليمية يعينهم وزير الثقافة والتعليم العالي بناءً على اقتراح مجلس الجامعة .
كما يرأس السلطة التنفيذية في الصندوق مدير يعينه وزير الثقافة والتعليم العالي مسن بين افراد الهيئة التعليمية الداخلين في الملاك .

يخضع الصندوق لرقابة وزارة المالية ولرعاية وزارة الثقافة والتعليم العالي وفقاً لأحكام المرسوم رقم ٤٥١٧ / ٧٢ تاريخ ١٣ / ١٢ / ١٩٧٢ (النظام العام للمؤسسات العامة)

تتألف واردات الصندوق من بدلات اشتراك المنتسبين ومن مساهمة مالية سنوية ترصد في موازنة الجامعة اللبنانية ومن المساعدات والهبات والوصايا .

يستفيد المنتسب الى الصندوق من المساعدات والمنح المحددة في نظام المنافع والخدمات الصادر بالمرسوم رقم ٨٦٨١ تاريخ ٢٩ / ٦ / ١٩٩٦ وهي شبيبة لناحية النوع والنسب بمساعدات ومنح تعاونية موظفي الدولة وتعطى بنفس الطريقة مما يدفعنا الى القول بأنه لم يتم سوى فصل افراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية عن تعاونية موظفي الدولة وظلوا مستفيدين من نفس المنح وبنفس الطريقة .

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

القسم الثاني : تأهيل القطاع الاستشفائي

ان وصول كلفة الرعاية الصحية في لبنان الى ما يقارب ١٠ في المئة من الدخل الوطني^(١) _ متجاوزاً بذلك ما هو قائم في بلدان المنطقة العربية والدول المصنفة بالفئة نفسها من الدخل عالمياً حيث تصل الكلفة في قطر ٢.٨ و تركيا ٤.٦ والبحرين ٥.٧ _ يدل على ان هذه الكلفة اصبحت مرتفعة بشكل يتجاوز قدرة الدولة والمجتمع اللبناني خصوصاً وان هذه الكلفة مستمرة بالارتفاع بوتيرة تساوي خمسة أضعاف نمو الدخل الوطني .
وان المردود الصحي لهذه الكلفة متدن، بالإضافة الى عدم التكافؤ في الحصول على الخدمات الصحية ...

كل ذلك أظهر ان هنالك خللاً في القطاع الاستشفائي على الصعيدين الرسمي والخاص. وتعمل الدولة على اصلاح هذا الخلل بالتعاون مع المؤسسات الدولية والمحلية. وسنعرض ضمن هذا القسم المشاريع والانجازات المحققة والاقتراحات الممكن طرحها لتحسين وتطوير القطاع الاستشفائي في لبنان .

١ _ جريدة النهار ، السبت ٢٧ آذار ١٩٩٩ (بحث قدم امام المؤتمر الوطني السذي عقده نقابة اطباء لبنان حول السياسة الصحية)

الفصل الأول : البروتوكولات الصحية واتفاقات التعاون الثنائية .

لقد فرضت ظروف الحرب ونتائجها تواجد العديد من المؤسسات الدولية الانسانية .
السمثلة لدول او منظمات كالسوق الأوروبية المشتركة وصندوق الدعم الأمريكي ...
ان الوجود الكثيف لهذه المؤسسات يؤدي الى وجود العديد من البرامج والكفاءات
والمصادر التمويلية ولكن يرافق ذلك الفوضى وعدم التنسيق بين الجهات المعنية مما
يؤدي الى هدر يمكن الحد منه عند تنظيم وجود هذه المؤسسات وتنظيم أعمالها ، وأهم
المشاريع التي عقدت اتفاقاتها خلال الآونة الأخيرة هي التالية :

البند الأول : مشروع البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية .

سمي هذا المشروع "مشروع تأهيل القطاع الصحي في لبنان " وقد انطلق
بمبادرة ثلاثية جمعت وزارة الصحة العامة والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية على ان
ينفذ صفقات المشروع من مشتريات وتلزيقات لحساب وزارة الصحة العامة مجلس الإنماء
والإعمار وفق قواعد إجرائية تناسب مع شروط البنك الدولي .

الفقرة الأولى : الظروف المهمة للمشروع .

على صعيد البنك الدولي :

كان هذا البنك يتعرض للانتقادات نتيجة تشجيعه الخصخصة مما أدى ببعض
الدول الى عدم التوازن الديموغرافي والبيئي الناتج عن النزوح الى المدن وتوسيع احزمة
الفقر وتمية المشاريع الكبيرة ذات الاثر السلبي على البيئة ... ازاء ذلك قرر البنك الدولي
زيادة الاهتمام بالشؤون الاجتماعية والصحية والانسانية لذلك تعاون مع منظمة الصحة العالمية .

على صعيد منظمة الصحة العالمية :

ففي من منظمات الأمم المتحدة ولديها جمعية عمومية تشمل فيها جميع الدول الأعضاء وعددها ١٩٣ دولة . وبما ان التصويت في الجمعية العمومية يحسب بالتساوي على اساس صوت واحد لكل بلد فمن الطبيعي ان تستفيد الدول الفقيرة الأكثر عدداً من أكبر نسبة من موازنة المنظمة .

والجدير بالذكر أن لبنان ساهم في موازنة المنظمة للعامين ١٩٩٦ و ١٩٩٧ بمبلغ / ٢.٢٥ / مليون دولار^(١) .

على صعيد لبنان :

كانت الفكرة السائدة بعد الحرب إعادة الاعمار فتركزت المشاريع على البناء مما دفع ببعض الخبراء في مجال الصحة الى المناداة بالتركيز على ترشيد الانفاق الصحي في مجال تطوير الجهاز البشري الذي يقوم بقطاع الصحة في لبنان . وهكذا التقى الفرقاء الثلاثة وبدأت وفود البنك الدولي بزيارة لبنان خلال الأعوام ١٩٩٣ و ١٩٩٤ و ١٩٩٥

الفقرة الثانية : أهداف المشروع .

تقسم أهداف المشروع قسمين أساسيين :

القسم الأول : يتعلق بالدعم المؤسساتي لوزارة الصحة العامة عن طريق تعزيز قدراتها الإدارية والتنظيمية وتفعيل مهامها الأساسية في تنمية القطاع الصحي ووضع خطة اصلاحية للتمويل الصحي .

القسم الثاني : يتعلق بتحديث مراكز الخدمات الصحية والمستشفيات العامة عن طريق تأهيل عشرة مراكز تابعة لوزارة الصحة العامة وعشرين مركزاً أهلياً ، وتأمين ٦ مستشفيات حكومية^(٢) ، ويجب ان ينتهي تنفيذ المشروع في العام ٢٠٠١ .

١- تقرير مدير عام وزارة الصحة العامة للعام ١٩٩٨ .

٢- ملحق رقم ٨ ، يضم أهداف المشروع كما وردت في اتفاقية القرض .

الفقرة الثالثة : إنجازات المشروع .

تم تحقيق الإنجازات التالية :

١_ تم تحديث وتطوير الإدارة المركزية في وزارة الصحة العامة، فأسس نظام لتسجيل المعاملات وحفظها ومكنت شؤون الموظفين ودرست مسؤوليات الوحدات الإدارية ...

٢_ تم صياغة نظام المعلومات الصحي ومكنته : فطورت لائحة الأمراض الوطنية وتمت مكنته نظام التغطية الاستشفائية فيما يختص بإعطاء الموافقات المسبقة واصدار التقارير الاحصائية ...

٣_ تفعيل الرعاية الصحية الأولية عن طريق التعاون مع القطاع الخاص ونشر المعلومات الصحية .

٤_ درس احتياجات المستشفيات الحكومية وسبل تطويرها .

٥_ درس إمكانية احتواء الكلفة وتقليصها ولا سيما في العمليات الجراحية .

٦_ تخطيط تنمية الموارد والخدمات الصحية .

٧_ إنجاز عدة دراسات حول نظم تمويل القطاع الصحي .

لم ينجح المشروع في زيادة نسبة تشغيل عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية من جهة ، كما ان الكوادر البشرية في المشروع لم يتم دمجها في وزارة الصحة العامة من جهة ثانية نظراً للفرق في الرواتب ...

البند الثاني : البروتوكولان الايطالي والاسباني والتعاون مع السويد .

_ أبرم مجلس النواب اتفاقية قرض مع الحكومة الايطالية ، ووافق مجلس الوزراء على البروتوكول الذي يحتويه بتاريخ ٨ / ١٠ / ١٩٩٧ ، ويتضمن هذا البروتوكول قرضاً بقيمة ٦٠ مليون دولار للمياه والكهرباء وهبة بقيمة عشرة مليارات لير ايطالي للصحة .

وهذه السببة مخصصة لتشغيل مستشفى الكرنينا الحكومي، وتجهيز خمسة مراكز صحية في الشمال، وتأمين بعض المواد للمستشفى الحكومي في طرابلس - القبة، وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية .

وأمام مجلس النواب الآن بروتوكول ايطالي جديد وافق عليه مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٩٨/٨/٢٤ يتضمن بين بونده حبة بقيمة ٢.٧ مليار لير للصحة وذلك للقيام بالنشاطات التالية :

_ تدريب الممرضات

_ تأمين دعم تقني للوزارة

_ تطوير المختبر المركزي .

_ أما البروتوكول الاسباني ، فهو عبارة عن قرض تجاري بقيمة ١٠٥ مليون دولار منسفا ٣٠ مليون دولار للقطاع الصحي، وهذا البروتوكول لم يبرم حتى الآن في مجلس النواب، وهو يهدف الى تأمين المعدات الطبية لبعض المستشفيات الحكومية ولسبعة مراكز صحية، كما يهدف الى بناء وتجهيز مستشفى بسعة ٤٠ سريراً .

_ ويتم التفاوض فيما يتعلق بالحكومة السويدية مع الوكالة السويدية للتنمية الدولية، وتمت الموافقة المبدئية على تمويل انشاء مختبر حديث لتحليل ومراقبة نوعية الأدوية، بالإضافة الى تدريب الممرضات بكلفة مقدرة بـ ١٦٩٠٠٠ دولار .

البند الثالث : التعاون مع الجامعة اللبنانية ووزارة التعليم المهني والتقني ووزارة

الشؤون الاجتماعية والمؤسسات الأهلية اللبنانية :

انطلاقاً من أهمية العنصر البشري في القطاع الصحي. تقوم وزارة الصحة العامة بدورٍ تنظيمي في عملية اعداد السمينيين والعاملين الصحيين بالتعاون مع الجامعة اللبنانية ووزارة التعليم المهني والتقني .

الفقرة الأولى : التعاون مع الجامعة اللبنانية .

قامت الجامعة اللبنانية باعداد برامج تأهيل الكوادر البشرية في وزارة الصحة العامة، كما استهدفت برامج التأهيل عناصر بشرية من خارج الوزارة ودعم امكانيات كلية الصحة العامة .

وتتركز هذه البرامج حول الأمور التالية :

١_ استحداث دبلوم دراسات عليا في الصحة العامة، وتابع هذا البرنامج ٤٢ من الأطباء والممرضات والصيدلة والقابلات العاملين في وزارة الصحة لمدة سنتين .

٢_ إقامة دورات تدريبية للممرضين والممرضات في المستشفيات الحكومية.

٣_ إقامة برامج تأهيل للممرضات والقابلات القانونيات في القطاع الخاص .

٤_ إقامة محاضرات علمية عن المواضيع الصحية والطبية وخاصة حول الرصد الوبائي والعناية الفائقة ...

٥_ إقامة دورات تدريبية حول الرعاية الصحية الأولية للأطباء والممرضين .

وتتعاون الجامعة اللبنانية ايضاً مع وزارة الصحة العامة لتأمين التدريب لطلاب كلية الطب في المستشفيات الحكومية وخاصة في مستشفى بعبدا الجامعي الذي يعمل حالياً ومستشفى بيروت الجامعي الذي هو في طور الانشاء .

الفقرة الثانية : التعاون مع وزارة التعليم المهني والتقني .

تم التعاون مع وزارة التعليم المهني والتقني لتأمين العناصر اللازمة للمراقبة الصحية لناحية الاعداد والتدريب وذلك عن طريق انشاء مدرسة مهنية لاعداد المراقبين الصحيين ولقصد باشرت عملها منذ سنتين، وسبق لوزارة الصحة ان انشأت مدرسة المراقبة الصحية في طرابلس بموجب المرسوم رقم ٤٧٩٨ تاريخ ٢٢ / ٦ / ١٩٦٦ . وخرجت هذه المدرسة العديد من المراقبين الذين استخدمتهم وزارة الصحة العامة في مختلف الأضية .

يندرج عمل المراقبين الصحيين في مجال الوقاية من المرض الذي يتخذ أهمية قصوى ضمن النظام الصحي .

وكذلك تم التعاون مع وزارة التعليم المهني والتقني لجهة انشاء مدرسة تـمريض في الذكوانة تخرج الممرضين بعد تدريبهم في المستشفيات الحكومية .

إلا انه يقتضي عدم حصر التعاون ضمن نطاق الرقابة الصحية والتـمريض بل يجب ان يتعداه ليصل الى تشغيل التقنيين المتمرنين في مجال الصيانة في المستشفيات العامة والمراكز الصحية العامة والتي تكلف الدولة مبالغ مرتفعة .

الفقرة الثالثة : العلاقة مع وزارة الشؤون الاجتماعية .

أحدثت وزارة الشؤون الاجتماعية بالقانون رقم ٢١٢ تاريخ ٣ / ٤ / ١٩٩٣ الذي فصلها عن وزارة الصحة العامة وجعل من ضمن صلاحياتها تقديم المساعدات للمشاريع الاجتماعية القائمة والمساهمة في تحقيق مشاريع اجتماعية جديدة، ومراقبة المؤسسات الاجتماعية المماثلة التي ترعاها الجمعيات الخيرية والهيئات المعترف بها .

ويتبع لوزارة الشؤون الاجتماعية المديرية العامة للشؤون الاجتماعية التي حلت محل مصلحة الانعاش الاجتماعي بموجب المرسوم الاشتراعي رقم ٩١ تاريخ ١٦ / ٩ / ١٩٨٣ .

ومن مهمات مديرية الشؤون الاجتماعية وضع المناهج وتقديم الآراء والاقتراحات والمساعدات والقروض لجميع المؤسسات الاجتماعية التي لا تتوخى الربح ومنها المستشفيات والمستوصفات ودور العجزة .
وان أهم ما تقوم به وزارة الشؤون الاجتماعية حالياً هو تقديم المساعدات المادية للمستوصفات والمؤسسات الأهلية ويتم ذلك بالتعاون والتنسيق مع وزارة الصحة العامة .

الفقرة الرابعة : العلاقة مع المؤسسات الأهلية اللبنانية .

تلعب المؤسسات الأهلية دوراً هاماً في القطاع الصحي، ويعظم هذا الدور في ظل عجز المؤسسات والإدارات العامة عن تأمين الاستشفاء للجميع، يضاف الى ذلك ضعف التغطية التي تقدمها معظم الإدارات والمؤسسات العامة بالنسبة لحالات الطبابة العادية التي لا تستلزم الدخول الى المستشفى .

انطلاقاً من هذا الواقع قامت في لبنان مؤسسات أهلية تعنى بالشأن الصحي وهي متعددة منها مؤسسة عامل ومؤسسة كاريتاس ومجلس كنائس الشرق الأوسط ومؤسسة المقاصد، النجدة الشعبية وهيئة الصحة والانسان ...

وتحصل هذه المؤسسات على مساعدات خارجية مباشرة او من خلال المؤسسات الدولية العاملة في لبنان دون اي تدخل تنظيمي لوزارة الصحة العامة، وان هذا الأمر يؤدي الى تفرد كل مؤسسة بسياستها الصحية لأنه لا يوجد أهداف محددة مسبقاً ومتوافق عليها بين الجميع باشراف وزارة الصحة، وهو الأمر الذي اذا تحقق يؤدي الى تصويب وترشيد المساعدات لتصب في خانة الجهد العام ولتشكل مع النشاطات المختلفة وحدة متكاملة .

لذلك يجب ان تعطي وزارة الصحة العامة صلاحية مراقبة المساعدات المقدمة لكل مؤسسة لشرف على تنفيذ سياسة صحية عامة فتقبل منح مساعدات بعد ان تتأكد من نوعية المساعدة وحجمها والمجالات التي ستعمل فيها .

وتقوم هذه المؤسسات بدور كبير على صعيد الرعاية الصحية الأولية والرعاية من الأوبئة، لذلك فإنه من المهم جداً تعزيز العلاقة بينها وبين وزارة الصحة العامة .

وضمن هذا الإطار اتفقت وزارة الصحة العامة مع المنظمات غير الحكومية عبر عقود لتأمين الرعاية الصحية الأولية، ووفقاً لهذه العقود ستؤمن وزارة الصحة العامة الأدوية الأساسية والتجهيزات الطبية والمساعدات التقنية لهذه المراكز التي يتوجب علينا تحسين الوضع الصحي للسكان مقابل تعرفة مقبولة لتغطية تكلفة الخدمات المبذولة وتعويضات العناصر البشرية المستخدمة .

الفصل الثاني : اقتراحات لتحديث وتأهيل القطاع الاستشفائي .

بعد عرض واقع القطاع الاستشفائي العام والخاص في القسم الأول من هذا البحث. وسبرد الوقائع المتعلقة بالخطوات المتخذة على صعيد التعاون الداخلي والدولي في الفصل الأول من القسم الثاني. يمكن ابداء بعض المقترحات الضرورية الواجب العمل على تطبيقها لتطوير وتأهيل القطاع الاستشفائي في لبنان وللقضاء على مشكلة انسانية ومالية تعاني منها الدولة . ان هذه المقترحات تحتاج الى مراحل متفاوتة لتطبيقها، لذلك يجدر الأخذ بها وتطبيقها وفقاً لبرنامج زمني معد مسبقاً ويراعي الأولويات في التطبيق .

البند الأول : تأهيل المستشفيات الحكومية :

يجب العمل على تعزيز قدرة المستشفيات الحكومية لتلعب دوراً كبيراً في معالجة الجميع من مضمونين صحياً ولا سيما من قبل الإدارات والمؤسسات العامة وأيضاً غير المضمونين ويتم ذلك عبر اتخاذ الإجراءات التالية :

أ_ تجهيز المستشفيات الحكومية بالمعدات اللازمة والموارد البشرية الكفوءة على ان يبدأ التجهيز بالعنصر البشري الذي سيستعمل الآلات والامكانيات المادية، ويجب ان يتم ذلك وفقاً لخارطة صحية تؤمن التوزيع الجغرافي المتوازن للتجهيزات المادية والبشرية، وبعد ذلك يمكن ان يلعب المستشفى الحكومي دوراً منافساً للقطاع الخاص .

ب_ العمل على زيادة نسبة اشغال الأسرة ، ويتم ذلك عن طريق التحكم بنظام اعطاء موافقات الاستشفاء في القطاع الخاص، فيجب ان لا تعطى هذه الموافقات للحالات التي يمكن معالجتها في المستشفى الحكومي اذا توفرت فيه الامكانيات المطلوبة، ويمكن ان يتم ذلك عبر أخذ موافقة رئيس المستشفى الحكومي على طلبات الاستشفاء في القطاع الخاص بحيث يصبح مسؤولاً عن مراعاة مصلحة المواطن ومصلحة المستشفى الذي يرأسه .

ان اعتماد هذا الحل تواجهه صعوبة متمثلة بثقة المريض بطبيب معين ورغبته في المعالجة على يده . لذلك يجب ان يتم الاهتمام بهذه الناحية ضمن حدود معينة .
لقد أجرت وزارة الصحة العامة تجربة تصب في خانة زيادة نسبة اشغال الأسرة في منطقة بعلبك فأصدرت مذكرة بتاريخ ٣٠ / ١٠ / ١٩٩٧ تطلب فيها عدم اعطاء بطاقات للاستشفاء في القطاع الخاص للحالات الباردة التي يمكن معالجتها في المستشفيات الحكومية .
ولقد أدت هذه المذكرة الى انخفاض عدد الموافقات للاستشفاء في القطاع الخاص بنسبة ٢٠ ٪ . وزاد اشغال الأسرة في مستشفى بعلبك بنسبة ٦٥ ٪ .
لقد طبقت المذكرة لمدة ١٠ أيام فقط ثم سقطت امام ضغط القوى السياسية .
وعلى أساس هذه التجربة بنيت دراسة اوضحت انه يمكن خفض عدد حالات الاستشفاء الخاص في منطقة بعلبك لوحدها بحوالي ٥٧٦٠ مريضاً كلفة علاجهم ٨.٠٤٦.٠٠٠.٠٠٠ ليرة لبنانية سنوياً^(١) .

ج- الغاء موافقات تغطية كامل نفقات الاستشفاء الخاص التي تصدرها وزارة الصحة فيعفى المريض من دفع نسبة ١٥ ٪ من الفاتورة التي يتوجب عليه دفعها في الحالات العادية .
ان موافقات الاستشفاء للتغطية الكاملة تعطي حافزاً اضافياً للاستغناء عن خدمات المستشفيات الحكومية، خصوصاً انه توجد حالة عدم ثقة بالمستشفى الحكومي .

د- تطبيق قانون استقلالية المستشفيات الحكومية ومراسيمه التطبيقية :
ان قانون انشاء مؤسسات عامة لإدارة المستشفيات الحكومية يعتبر خطوة ايجابية في سبيل تفعيل عمل هذه المستشفيات فهو يعطي المستشفى الحكومي امكانية السرعة في العمل والتوظيف وجذب الكوادر البشرية ومراقبتها ومحاسبتها .

١- تقرير مدير عام الصحة ، ١٩٩٨ .

وهذا القانون يؤمن حرية تامة للإدارة بالنسبة للمصاريف التشغيلية مع رقابة مؤخره عليها. وهو يلزم المستشفى الحكومي بالخارطة الصحية المعبرة عن السياسة الوطنية في المجال الصحي . لهذه الأسباب يجب العمل على تعيين مجالس ادارة لجميع المستشفيات وتعزيز القيادة على المستوى المحلي بشكل يحقق اعلى درجات الفعالية والانتاجية والمحافظة بنفس الوقت على علاقة اشراف واضحة لوزارة الصحة العامة .

ان هذا الأمر يتفق مع اللامركزية الادارية التي يجب تعميمها على جميع القطاعات العامة ولكن يجب ان يرافق ذلك بالطبع تأهيل ورفع كفاءة العنصر البشري الذي سيتولى الادارة على الصعيد المحلي .

هـ_ تحديد كلفة مقبولة للإستشفاء في المستشفيات الحكومية . يجب ان توازن هذه الكلفة بين قدرة المواطنين وحاجة المستشفيات لتغذية موازنتها بشكل يساعدها على الاستمرار والتطور لكي لا تكون عبئاً على الدولة، مع مراعاة اوضاع المعدمين الثابت عوزهم .

و_ شراء خدمة المستشفى الحكومي ولا سيما من قبل وزارة الصحة العامة والضمان الاجتماعي وسائر الادارات والمؤسسات العامة الضامنة. يجب ان يتم ذلك تبعاً لقدرة المستشفيات الحكومية وتماشياً مع تطورها .

ان هذا الإتجاه يؤدي الى خدمة المؤسسات الضامنة والمستشفيات الحكومية في نفس الوقت نظراً لما يفرده من ثقة في التعامل وانخفاض في التكاليف ومن قضاء على محاولات الغش ...

يجب ان تكون اسعار بيع الخدمات لوزارة الصحة منخفضة كثيراً كونها هي صاحبة المستشفى .

ز- تعزيز التعاون بين المستشفى الحكومي والجامعة اللبنانية ووزارة التعليم المهني والتقني. عن طريق الاستعانة بالطلاب والمنتسبين للقيام بأعمال التمريض والصيانة بالإضافة إلى تأهيل العاملين في المستشفى الحكومي عن طريق اخضاعهم لدورات تدريبية متتالية في الجامعة اللبنانية ووزارة التعليم المهني والتقني .

هذا التوجه سيفر الكثير من النفقات .

ح- ابعاد التوظيف السياسي والضعف عن المستشفى الحكومي حيث يجب اختيار المستخدمين على اساس الكفاءة والجدارة ، وبعدها يبقى عدد المستخدمين ضمن الحدود المطلوبة دون تجاوز ودون اجراء مناقلات ادارية مسايرة لأطراف او اشخاص سياسيين وغيرهم .

ط- تحديد العلاقة بين المستوصف والمركز الصحي والمستشفى الحكومي في المنطقة، ومن الأفضل ان يتبع المركز الصحي والمستوصف للمستشفى الحكومي بحيث يمكن ان يعمل أطباء من جهاز المستشفى في المركز الصحي او المستوصف بدوام جزئي ويحولون المرضى المحتاجين للمعالجة الى المستشفى العام .

البند الثاني : تصويب التعاقد مع المستشفيات الخاصة :

يبدو ان المشكلة الأساسية التي تعاني منها الدولة والمؤسسات الضامنة تكمن في العلاقة مع المستشفيات الخاصة حيث تعلق التكلفة وتندى قيمة الخدمة المقدمة، لذلك يقتضي العمل على القضاء على الهدر والحصول على الخدمة الجيدة .

ويتم ذلك باتخاذ الإجراءات التالية :

أ_ تعتمد المستشفيات الخاصة بشكل أساسي على التمويل من الإدارات والمؤسسات العامة التي تؤمن أكثر من ٦٠ ٪ من موارد موازنتها ، ولكن هذا التمويل مجزأ بحيث تقدم كل مؤسسة بالتعاقد لوحدها مع المستشفى الخاص .
ومن المعروف ان العقد يشكل أداة تنظيم فعالة بين المتعاقدين وفي الأساس من يملك المال يكون الطرف الأقوى ويستطيع ان يتحكم بشروط العقد وهذا يضع الممول مثل وزارة الصحة العامة في موقع ممتاز .
لكننا نرى ان المستشفيات تتحكم أكثر بشروط العقد .
وفي سبيل القضاء على هذا التحكم يجب تأليف لجنة تضم جميع المؤسسات الضامنة تتولسى التفاوض مع المستشفيات الخاصة لتحصل على الاسعار المناسبة والشروط المناسبة وذلك قبل اتخاذ خطوة لاحقة تقضي بتوحيد مؤسسات الضمان الرسمية وفقاً لما سنوضحه فيما بعد .
ان تحطى مسارئ تجزئة التمويل بشكل المحور الأساسي لخطه اصلاح الوضع الصحي من الناحيتين المالية والخدماتية .

ب_ توحيد التعرفة بين جميع الادارات والمؤسسات ، وذلك بعد ان تبين وجود فروقات مهمة في الأسعار بحيث تتعاقد المؤسسة الضامنة بأسعار تزيد كثيراً عن تلك التي تعاقدت عليه مؤسسة أخرى مع نفس المستشفى ولتأدية ذات الخدمة وهو الأمر الذي بينه ديوان المحاسبة بالتفصيل^(١) . ويجب ان يتم توحيد التعرفة بعد اجراء دراسة دقيقة للتقديرات الاستشفائية لبيان الكلفة الفعلية لجميع النشاطات وبكافة العناصر بما فيها الأعمال المخبرية والشعاعية وتكلفة الإقامة والخدمة .

١_ تقرير خاص رقم ١ ، تاريخ ٢٨ / ٢ / ١٩٩٧ ، صادر عن ديوان المحاسبة :ملحق رقم ٩ -

وقد يكون من المفيد هنا اعتماد السعر المقطوع للتقديرات الممكنة فيها ذلك، وعلى هذا الأساس تصبح الأرباح مرتبطة بعدم الإفراط في اجراء الفحوصات والتدخلات العلاجية ووصف الأدوية .
ولا بد من ان يرافق اعتماد السعر المقطوع مع مراقبة نوعية الخدمات حتى لا يكون التوفير على حساب صحة المريض .

ج- اعادة النظر بجدول تصنيف المستشفيات الخاصة :

تقوم وزارة الصحة حالياً بتصنيف المستشفيات الخاصة، ويطبق هذا التصنيف من قبل المؤسسات الضامنة وعلى اساسه تحسب كلفة الإستشفاء⁽¹⁾ .
ان جميع من يعمل في المجال الاستشفائي يجمعون على عدم عدالة جدول التصنيف وعلى ان الكثير من المستشفيات وضعت بفئات لا تستحقها .
ويشكو الضمان الاجتماعي من تصنيف وزارة الصحة العامة لأنه يراه غير منطبق على الواقع ، لذلك فهو يعمل على تحطيه في الكثير من الأحيان عن طريق وضع نقاط لكل تجهيز طبي وبتيجة النقاط يضع تصنيفاً للمستشفى الخاص ويدفع على اساس هذا التصنيف المستحقات، فتطالب المستشفى بتطبيق تصنيف وزارة الصحة العامة ...
ان هذه المشاكل تبرر ضرورة وضع تصنيف علمي مدروس لكل مستشفى خاص يتم اعادة النظر به دورياً وكلما اقتضت الحاجة، ومن المفيد اشراك جميع المؤسسات الضامنة في التصنيف عن طريق تأليف لجنة مشتركة فيما بينها .

١- ملحق رقم ١٠ ، جدول تصنيف المستشفيات الخاصة .

د- تعزيز الرقابة الإدارية والطبية في جميع المؤسسات والإدارات العامة ويتم ذلك عبر اتخاذ الإجراءات التالية :

١- توحيد جهاز المراقبة بين جميع المؤسسات والإدارات الضامنة بحيث يعهد الى العدد اللازم من الأطباء والاداريين المراقبين لمراقبة مستشفى معين على ضوء الحاجة في هذه المستشفى وعدد أسرته ، ويعمل هذا الجهاز لصالح كل المؤسسات . ويفصل معاملات كل مؤسسة على حدة بعد تدقيقها .

ان هذا الاجراء يؤدي الى وفر في تكاليف الرقابة ويؤمن وجود المراقبين للقيام بعملهم بتأن وجدية .

ولتوضيح ذلك اذا اخذنا مستشفى معيناً يضم طبيباً مراقباً عن الضمان الاجتماعي وآخر عن تعاونية موظفي الدولة، فقد يكون الأول منهكاً في تدقيق المعاملات بحيث لا يستطيع اجراء رقابة حسية اثناء اجراء عملية جراحية مثلاً لكثرة المرضى في وقت معين بينما نجد طبيب التعاونية دون أي عمل لعدم وجود مرضى منتسبين الى التعاونية ، بينما لو كان عدد الأطباء كافياً وكلهم مولجين بالرقابة لاستطاع أحدهم مساعدة الآخر دون أي تعقيدات ادارية، كما ان ذلك يؤمن وجود الاختصاصات المطلوبة .

٢- اجراء دورات تدريبية للأطباء والمراقبين الاداريين ليتمكنوا من القيام بعملهم .

٣- اعتماد مبدأ التفرغ التام للأطباء والمراقبين مع تحسين اوضاعهم المادية، وقد يكون ذلك عن طريق ربط قسم من الراتب بعدد المعاملات المنجزة بحيث يتوفر الحافز على العمل .

٤- اعتماد نظام للرقابة يقوم على اساس تدقيق جميع المعاملات مع الكشف الحسي على جميع الحالات ، وقد رأينا سابقاً كيف ان طريقة سبر الغور المعتمدة من وزارة الصحة العامة تؤدي الى نتائج غير مرضية .

٥- الاستفادة من نجاح تجارب تعاونية موظفي الدولة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في أعمال الرقابة وكشف التلاعب .

٦_ زيادة عدد الأطباء ليتناسب مع عدد المستشفيات المتعاقدة _ ففي الضمان يقوم ٣٦ طبيباً بمراقبة ١١٥ مستشفى _ أي يراقب كل طبيب مستشفين او ثلاثة قد تفصل بينها مسافات وصعوبة في التنقل وزحمة السير . كل ذلك يؤثر سلباً على الرقابة .

٧_ مكنته العمل الرقابي وتأمين اتصاله بالمؤسسة والإدارة الضامنة ولا سيما وزارة الصحة العامة والضمان الاجتماعي .

٨_ انشاء جهاز مركزي للتدقيق يتألف من ديوان المحاسبة والتفتيش الشمالي ووزارة الصحة وكافة الإدارات والمؤسسات الضامنة يتولى القيام بمراقبة مؤخره على المراقبين الطبيين والإداريين لدى المستشفيات الخاصة .

هـ_ خفض عدد المستشفيات المتعاقدة وحصر التعاقد مع المستشفيات الكبيرة التي يتحقق فيها الوفرة في التكلفة والتي تتميز بموقعها الجغرافي الذي يربط بين أكبر عدد ممكن من المناطق ضمن خارطة صحية معدة مسبقاً .

ان هذا الإجراء يؤدي الى وفر في التكلفة الإدارية ولا سيما الرقابية والمحاسبية منها، كما سيؤدي الى وفر في الأكلاف ، فالمستشفى الصغير غير المؤهل لا يستطيع معالجة الكثير من المرضى حتى النهاية فيضطر ذوره الى نقله الى مستشفى كبير مؤهل مما يدفع الجهة الضامنة الى تحمل الأكلاف مرتين، وقد يؤدي الاستشفاء في المستشفيات الصغيرة الى مضاعفات صحية ينتج عنها زيادة في العناية والأكلاف .

و_ فسخ العقود مع المستشفيات المخالفة التي ترتكب مخالفات لشروط العقد ولا تلتزم بالشروط المفروضة . هنا يجب ان يتم الفسخ من قبل الإدارات والمؤسسات المتعاقدة مع هذا المستشفى واقصاه لمدة زمنية عن امكانية التعاقد معه مجدداً، حتى لا تتجراً هذه المستشفيات على تقديم فواتير لمرضى وهميين او تتلاعب بالفواتير او تمارس الابتزاز على المريض بالزامه دفع مبالغ تفوق الحد الأقصى المحدد في الاتفاقيات المبرمة .

وتبرز أهمية هذا الإجراء بالنسبة الى وزارة الصحة العامة نظراً للتنزيل الكبير الذي تجريبه لجنة التدقيق لديها على الفواتير المقدمة .

ز_ انجاز العقود مع المستشفيات الخاصة قبل دخول السنة الجديدة تلافياً لعقد نفقات بصورة مخالفة للقانون واللجوء الى المصالحات لتسوية الوضع من جهة وتلافياً لحصول تأخير في دفع المستحقات من جهة ثانية . ويمكن ان يتم ذلك عبر اعتبار العقود محددة تلقائياً. كما هو الحال لدى تعاونية موظفي الدولة، اذا لم يبلغ احد الطرفين الآخر برغبته بفسخ العقد قبل حلول السنة القادمة، وبذلك عند نشر الموازنة تكون العقود جاهزة بالنسبة للإدارات المتعاقدة .

ح_ العمل على دفع مستحقات المستشفيات الخاصة ، تلقائياً وبالسرعة المناسبة، كي لا تعتمد هذه المستشفيات الى تضخيم فواتيرها ظناً منها انها لن تحصل على المبالغ المتوجبة إلا بعد فترة طويلة من الزمن .

أما بالنسبة للديون المتركمة والبالغة ٢٩٢ مليار فيقتضي العمل على جدولة دفعها وحظ الاعتمادات اللازمة لدفعها على أقساط موزعة على عدد من السنوات .

ط_ تعديل جداول الأعمال الطبية والتشخيصية عن طريق اعادة النظر بأوزان كل الفحوصات والأعمال الطبية بغية توزيع عدد الرموز K بشكل علمي ومنطقي، وتعديل النماذج والاستمارات التي ترعى مسالك العمل وانتظام سير المعاملات وتوضيح موجبات كل من المرضى والمؤسسات والإدارات العامة الضامنة .

ي_ اعتماد الممكنة والمعلوماتية :

يجب تعميم استعمال نظام المعلومات الممكنة وربط المستشفيات المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة وكافة المؤسسات الضامنة، بحيث تتمكن المؤسسات الضامنة من اعطاء الموافقات على الاستشفاء على نفقتها من خلال المعلومات المتوفرة لديها ولدى المستشفى مسبقاً، ثم متابعة عمليات الاستشفاء والعناية والتقديمات يومياً وبشكل فوري . يؤدي هذا النظام في حال اعتماده الى تسهيل العمل الإداري والطبي والرقابي، وذلك على صعيد الحصول على المعلومات المتعلقة بكل بطاقة استشفاء وكهوية المريض واسم المستشفى وتصنيفه وهوية الطبيب المعالج والطبيب المراقب والمبالغ المتوجبة ، الخ...

ومن خلال ذلك تمكن الممكنة وبطريقة آلية من معرفة المرضى المنتسبين الى المؤسسات الضامنة وبالتالي عدم افادتهم من مؤسسة أخرى

كما يؤمن النظام المعلوماتي تنظيم ومراقبة الفواتير بدقة وسهولة ويسمح بمعرفة الكلفة الحقيقية والمستحقات في أوانها، كما يؤمن الاحصاءات الدقيقة وفي الوقت المنطوب .

وأخيراً يؤمن نظام الممكنة للإدارة الحصول على أدق التفاصيل المتعلقة بالخدمات المقدمة للمريض وكيفية تنفيذ العقود. بالإضافة الى معرفة الاحتياجات الصحية والمواد الطبية المطلوبة لمكافحة التطور الوبائي لكثير من الأمراض .

والجدير بالذكر ان وزارة الصحة العامة تعمل من أجل ارساء نظام معلوماتي يؤدي الى تسهيل عملية نقل وتبادل المعلومات وتدقيقها وتحديثها ، ولكنها لا تزال في طور البداية .

كـ تنظيم اصدار بطاقات الاستشفاء وضبط توزيعها وضبط مراقبتها، لكي يستفيد منها المحتاجون فعلياً خلافاً لما يحصل في الكثير من الحالات بعدما الغيت شهادة فقر الحال التي كان من الواجب تقديمها للحصول على بطاقة استشفاء .

ومن اجل ذلك يتوجب حرمان المريض من التغطية في حال اختار درجة أعلى من درجة وزارة الصحة العامة (الدرجة الثالثة)، وحصر اصدار كتب الاستشفاء المجانية التي تؤمن التغطية بنسبة ١٠٠٪ بالحالات الضرورية .

يقتضي كذلك التأكيد على المسؤولين الموجبين بتوزيع بطاقات الاستشفاء وجوب امتناعهم عن اصدار بطاقات استشفاء للمرضى بعد دخولهم او خروجهم من المستشفى .

لـ الغاء التعاقد على اساس الأسرة في وزارة الصحة العامة:

ذلك ان تحديد الحالات المرضية لا يمكن معرفته بصورة مسبقة ولا يمكن رفض ادخال المريض الى المستشفى بحجة استفاد عدد الأسرة المخصصة لوزارة الصحة العامة. لذلك يتم تجاوز عدد الأسرة في الكثير من المستشفيات مما يشكل مخالفة لمرسوم توزيع الأسرة والعقد المبرم مع المستشفى .

البند الثالث : البرامج الوقائية والرعاية الصحية الأولية :

يتخذ لبنان نظام الخدمات العلاجية كأساس لنظامه الصحي العام وهو النظام الأكثر كلفة .
فقد بلغ انفاق وزارة الصحة على الخدمات العلاجية التي يقدمها القطاع الخاص عام ١٩٩٧
/١٩٥.٤ / مليار ليرة لبنانية أي بنسبة ٧٨ . / . من إجمالي موازنة الوزارة^(١) .

ان الريادة المضطربة لفاثورة الخدمات العلاجية يدل على الخلل في التوازن الذي يجب ان
يقتى قائماً بين انظمة الوقاية والرعاية الصحية الأولية من جهة وبين الخدمات العلاجية من جهة ثانية .
ان الاهتمام بالوقاية والرعاية الصحية الأولية يؤدي الى خفض عدد الحالات التي تستوجب الإحالة
الى المستشفى كما تؤدي الى وفر في الأكاليف العلاجية بالإضافة الى عدم تعطيل المرضى عن
العمل وما الى ذلك من النتائج الايجابية .
فالرعاية الصحية الأولية تشكل الطريقة المثلى لإعادة تصويب السياسة الصحية العامة في
لبنان . ويجب العمل على ترشيد الانفاق الصحي وتوجيهه نحو النشاطات الفعالة ضمن برامج الوقاية
واعتماد الرعاية الصحية الأولية كمجموعة خدمات ترتكز على الارشاد وتعزيز الصحة والوقاية ومن
ثم على الاكتشاف المبكر للأمراض ومعالجتها بالأدوية الأساسية لمنع تفاقمها وتجنب
مضاعفاتها، فالحفاظ على الصحة يتم عن طريق الوقاية من الأمراض لتجنب حدوثها او اكتشافها
ومعالجتها باكراً وليس فقط عبر تغطية تكاليف علاجها بعد ان تكون قد استفحلت .
وبناءً عليه يجب ان تولي الحكومة موضوع الرعاية الصحية الأولية الاهتمام الكافي
باعتقادها استراتيجية صحية تنفذها عبر اتخاذ الخطوات التالية :

١- ملحق رقم ١١ ، تفاصيل الانفاق الفعلي لوزارة الصحة العامة بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٧
وتطورها وفقاً لبند الموازنة .

أ- تطبيق القوانين الراحية لهذا الموضوع ومنها :
- المرسوم الاشتراعي رقم ١٥٩ تاريخ ١٦ ايلول ١٩٨٦ الذي تضمن في بعض مراده خطوات صحية انمائية كتأمين انشاء الخدمات الصحية الأساسية لجميع الأفراد والعائلات واشتراك المجتمع في التخطيط والتنفيذ والتقييم
- المرسوم رقم ٤٩٣٢ تاريخ ٢٧ حزيران ١٩٨٨ الذي تقرر بموجبه بدء تنفيذ برنامج الرعاية الصحية الأولية في سبعة اضية بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية .
- قانون الأمراض المعدية الصادر عام ١٩٧٥ ويوجب الابلاغ عن الأمراض الإنتقالية لمراقبتها ومكافحتها .

ب- تفعيل عمل وحدة الترصد الوبائي المنشأة في العام ١٩٩٤ بالتعاون مع الجامعة الأميركية بغية جمع المعلومات حول الأمراض الوبائية وتحليلها والعمل على ملء الوظائف الشاغرة في دائرة الرعاية الصحية الأولية والاستعانة بالمهارات الإدارية والفنية المتخصصة .
ج- التعاون مع القطاع الأهلي والتوخي من خلاله مشاركة فعالة من المجتمع ، وهذا ما يشكل الركيزة الأساسية للرعاية الصحية الأولية ، ولقد أثبت هذا القطاع خلال سنوات الحرب وبعدها جدارة كبيرة في تقديم خدمات مستمرة وفعالة في هذا المجال وذلك عن طريق المستوصفات الخاصة .

د- تحديد الأولويات :
يجب الأخذ بعين الاعتبار الوضع الجغرافي والديموغرافي، فيقتضي التركيز على الوضع السكاني والمناطق والاقتصادي بحيث تكثف الجهود في المناطق الفقيرة .
كما أنه يجب التركيز على صحة الأم والطفل والمسنين باعتبارهم عرضة أكثر من غيرهم لتلقي الأمراض .

هـ_ التنسيق بين القطاعات التي لها علاقة بالصحة :

ان مفهوم الصحة لا يقتصر على الخدمات الطبية بل يتعدى ذلك ليطال قطاعات أخرى كالزراعة والبيئة والتغذية والموارد المائية الخ... لذلك على وزارة الصحة العامة تأمين التنسيق بينها وبين هذه القطاعات للحصول على بيئة نظيفة ومياه نقية.... وهذه الأمور من المسؤوليات الأساسية التي تتحملها الحكومة والوزارات المعنية .

فعلى صعيد البيئة مثلاً يجب تأمين سلامة المياه والتخلص من النفايات وتحسين وسائل صرف المياه المبتذلة مما ينعكس ايجاباً على الوضع الصحي، كما يجب العمل على تحسين الحالة الغذائية للأطفال والنساء خاصة ، ومكافحة عوز اليود ومكافحة فقر الدم الناجم عن عوز الحديد .

و_ الوقاية من الحوادث :

الحوادث متعددة منها الحوادث المنزلية وحوادث السيارات وحوادث البناء.... وتعتبر الحوادث المنزلية احد اهم اسباب وفيات الأطفال واعاققتهم ويمكن الوقاية منها عن طريق برنامج وقائي وانتاج مواد تثقيفية متنوعة ... وكذلك الأمر بالنسبة لحوادث السيارات والبناء حيث يمكن الوقاية منها باعتماد وسائل واساليب تمنع احتمالية وقوعها .

ز_ تنظيم عمل دور الحضانه في لبنان :

لا بد من إيلاء شروط فتح واستثمار دور الحضانه المزيد من الدرس لفرض زيادة الاهتمام بالرعاية الصحية في هذه الأمور وتنظيم الرقابة على عملها، والتدريب المستمر للعاملات مع الأطفال.... وقد قامت وزارة الصحة العامة بالاشتراك مع منظمة اليونيسيف بإجراء مسح وطني شامل للحضانات من أجل معرفة واقعها الحالي لدرس الاقتراحات الممكن ابدالها لتفعيل دور مؤسسات دور الحضانه .

ح- التلقيح الوقائي :

تقوم وزارة الصحة العامة باطلاق برنامج للتحصين الوطني الشامل للأطفال بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية والجمعيات الأهلية، ويشارك في البرنامج ١١٠ مراكز حكومية و ٥٤٠ مركزاً تابعاً للقطاع الأهلي^(١).

وقد حقق هذا البرنامج نتائج جيدة اذ تحققت نسبة من التحصين لا تقل عن ٩٠٪ من أطفال لبنان .

ويحقق التحصين وقاية فعالة من العديد من الأمراض ولا بد من استمرار التركيز على اجرائه وجعله إلزامياً على الجميع وبشكل مجاني، كما يجب ادخال سلسلة من اللقاحات الجديدة التي تحصن الأطفال من الأمراض .

ولا بد من التركيز في التلقيح على المناطق النائية والبعيدة في قضاء بعلبك الهرمل وعكار والمنية والضنية حيث يلاحظ ان نسبة التحصين اقل من باقي المناطق .

ط- بالإضافة الى البرامج الصحية والدائمة لا بد من القيام بحملات صحية مركزة ومحددة الأهداف ومحصورة ضمن فترة زمنية معينة، وذلك عند اكتشاف سريان مرض معين والمثال على الحملات الصحية التي قامت بها وزارة الصحة العامة : التدريب للعناية بمرض السكري وحملة رصد قصر النظر عند الأطفال في المدارس الرسمية .

لقد أدت هذه الحملات الى نتائج ايجابية عديدة ومن المفيد التوسع في اللجوء اليها وتنظيمها للوصول الى افضل النتائج ...

ي- تحديد الحاجة الفعلية للمراكز الصحية والمستوصفات وفقاً لعدد السكان وتوزعهم والطبيعة الجغرافية وشبكة المواصلات، وتحديد المستوى التقني والبشري الذي يجب ان يكون عليه المركز او المستوصف .

١- تقرير مدير عام الصحة للعام ١٩٩٨ .

يجب تحديد العلاقة بين المستوصف والمركز الصحي والمستشفى العام في المنطقة ولا بد من توفير العنصر البشري المختص القادر على تنفيذ سياسة الرعاية الصحية الأولية .

كـ التنسيق مع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية .

يتم العديد من المنظمات الدولية بالرعاية الصحية الأولية وتضع العديد من البرامج لتنفيذ سياستها في هذا المجال، ومن المفيد الاتفاق بين المؤسسات المحلية والمؤسسات الدولية لتنفيذ هذه البرامج .

البند الرابع : تعزيز القدرات المؤسساتية لوزارة الصحة العامة :

يهدف القطاع الخاص الربحي الى تحقيق الربح، اما القطاع الأهلي الخاص فحدد دوره بالتنمية، يبقى ان نعرف الدور الذي يجب ان تلعبه وزارة الصحة العامة وانطلاقاً من ذلك يجب تحديد المستلزمات الضرورية للعب هذا الدور من تحديث هيكلية الى تحديث وسائل العمل، بناء عليه سنبحث في الدور الذي يجب ان تقوم به وزارة الصحة العامة ثم الوسائل الضرورية للعب هذا الدور .

الفقرة الأولى : دور وزارة الصحة العامة :

تعتبر وزارة الصحة العامة المسؤولة الأولى عن تأمين الصحة للجميع، ولكن سياسة الحكومة في هذا المجال غير واضحة ولم توضع بالتالي الخطط المناسبة لتحقيق برامج وأهداف معينة مسبقاً . لكن بالرغم من ذلك يمكن تحديد الدور الذي يجب ان تقوم به وزارة الصحة العامة بالسهماء التالية :

أ- التخطيط ووضع الأهداف التي يجب تحقيقها ، وتحديد عمل كل الفرقاء المعنيين بالقطاع الصحي على الصعيد الرسمي والخاص، من هنا تبرز أهمية تحديد ادوار جميع الأفرقاء، وكيفية استعمال الموارد المتاحة ولا سيما الموارد المالية المكونة من الهبات والقروض. ان هذا التخطيط يحقق الفعالية والتوفير في الكلفة وتوجيه النشاطات نحو الحاجات الأساسية والملحة .

ب- تنظيم القطاع الخاص : نظراً للدور الكبير الذي تلعبه المستشفيات الخاصة في الصحة يعتبر تدخل الحكومة لتنظيم سوق الخدمات الصحية أمراً ضرورياً ملحاً .
ففي ظل النظام الرأسمالي الحر ينمو القطاع الخاص بشكل غير منتظم مما يؤدي الى كلفة مرتفعة دون ان يعكس ذلك وبنفس النسبة على نوعية الخدمات المقدمة، وخلافاً لمبدأ الطلب يولد العرض فإنه في الاستشفاء العرض يولد الطلب لذلك تسعى المستشفيات الخاصة الى زيادة تجييزاتها التقنية ودفع المرضى والأطباء الى المبالغة في استعمالها وتكبير التكلفة دون جدوى، فيأتي دور وزارة الصحة لضبط التوازن بين العرض والطلب وتفعيل المنافسة الشريفة بين المستشفيات الخاصة لما يؤمنه ذلك من انخفاض في التكلفة وتحسين في الخدمة
ويمكن لوزارة الصحة ان تلعب دوراً في توزيع المستشفيات الجغرافي ودفع المؤسسات الصغيرة منها الى الاندماج فيما بينها ، كما يجب وضع شروط قاسية لفتح مستشفيات جديدة .

ج- من مهمات وزارة الصحة العامة ايضاً تصويب الانفاق نحو النشاطات الأكثر فاعلية ولا سيما الخدمات الوقائية والرعاية الأولية المتميزة بمردود كبير على الصحة العامة

د- وضع المقاييس والمواصفات للخدمات الطبية والأسعار المناسبة لها بعد درس تكلفتها الحقيقية .

هـ- النجاح تجربة استقلالية المستشفيات العامة .

ان تحديد هذا الدور يطرح موضوع خصخصة القطاع الصحي في لبنان وانعكاساته، فتحت شعار تحسين الخدمات الاستشفائية اتجهت الحكومة نحو خصخصة القطاع الاستشفائي فأصدرت القرار رقم ١٦ تاريخ ١٦ / ٨ / ١٩٩٥ الذي تضمن تأليف لجنة وزارية مهمتها بحث امكانية الاتساق مع شركات التأمين الخاصة لتحل محل الدولة في تقديم خدمات الاستشفاء والطبابة .

ولقد أثار موضوع الخصخصة جدلاً وانتقادات كثيرة فباء المشروع بالفشل .
وفي الحقيقة ان تخصيص الاستشفاء لا يحل المشكلة الكامنة في ضعف الادارة وعدم قدرتها على المراقبة وفشل سياستها التنظيمية، واذا اعتمدت الخصخصة فسؤدي الى رفع جديد لأسعار الخدمات الطبية، وينزع من الدولة دوراً رعايياً مهماً يتمثل في المحافظة على صحة المواطن التي لا يمكن المتاجرة بها .

الفقرة الثانية : تحديث وتطوير وزارة الصحة العامة :

لكي تتمكن وزارة الصحة العامة من القيام بالدور الفعال في الميدان الصحي لا بد من ان يتم اتخاذ الإجراءات التالية :

أ_ تحديث هيكلية وزارة الصحة العامة :

تنظمت هيكلية الوزارة بموجب المرسوم ٨٣٧٧ / ١٩٦١ وبقيت على ما هي عليه دون ان تواكب التطورات العصرية، لذلك لا بد من تعديل الهيكلية القديمة لتتماشى مع التصورات الجديدة للدور المناط بهذه الوزارة .

ولقد قامت وزارة الصحة العامة بخطوات في هذا المجال منها ما نجح ومنها ما لم يستكمل بعد^(١) .

١_ ملحق رقم ١٢ ، الهيكلية المقترحة وما تم تنفيذه منها .

فالمطلوب حالياً استكمال تحديث النيكلية واستخدام العناصر البشرية المؤهلة في
المراكز المستحدثة والمراكز الشاغرة .

ولقد بلغ عدد المراكز الشاغرة عام ١٩٩٨ / ١٣٦٧ / مركزاً فمن أصل ١٨١٢
موظفاً ملحوظاً في الملاك يوجد حالياً ٤٤٥ موظفاً .

بـ مكننة وزارة الصحة العامة :

لقد تم تجهيز معظم وحدات الإدارة المركزية بحواسيب شخصية بالإضافة الى
تجهيز بعض الوحدات الاقليمية وبعض وحدات مديرية العناية الطبية وتأمين ذلك عن طريق هبات
المنظمات الدولية . ويقتضي العمل على استكمال خطوات المكننة في جميع الوحدات وربطها
بشبكة اتصالات فيما بينها من جهة وبينها وبين المؤسسات والإدارات العامة والخاصة التي تتعاطى
الشأن الصحي .

جـ تدريب وتأهيل الموظفين :

يقتضي اعداد الموظفين ليتمكنوا من استعمال الحواسيب والاستفادة منها .
وكذلك اجراء دورات تدريبية لتطوير العمل في وزارة الصحة العامة ولا سيما لجنة المراقبة
الإدارية والطبية .

دـ تعزيز علاقة وزارة الصحة العامة بالمواطنين :

بالإضافة الى دور وزارة الصحة العامة في علاج المرضى المحتاجين، تقوم هذه
الوزارة باعطاء اذونات لممارسة المهن الصحية (أطباء، صيادلة، ممرضات....) وتراخيص
بالاستثمار (مستشفيات ، صيدليات) واجازات استيراد (ادوية ، مياه ...) وكذلك تبرز
علاقة لوزارة الصحة العامة في الأمور المتعلقة بالمشاكل الصحية والاحصاءات الحيوية
وتصنيف المستشفيات ... لذلك يقتضي توضيح دور الموظفين وواجباتهم وتحديث أساليب
عملهم ليتمكنوا من القيام بواجباتهم ومن المفيد أيضاً اصدار دليل المواطن الذي يمكنه من
معرفة سير المعاملات الإدارية

هـ_ تعزيز المستوصفات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة العامة
تماشياً مع اللاحصرية الإدارية يقتضي تقوية طيب القضاء ليتمكن من تنفيذ
السياسة الصحية على مستوى القضاء .

و_ تعزيز العلاقة بين وزارة الصحة العامة والبلديات :

من صلاحيات المجلس البلدي الأساسية الاهتمام بالتنظيفات والشؤون الصحية
ومشاريع المياه وانشاء المستشفيات والمستوصفات والمغاسل ومصارف النفايات
واسعاف المعوزين والمعاقين وسائر الأنشطة الصحية المنصوص عنها في قانون البلديات
والمرسوم رقم ٨٧٣٥ تاريخ ٢٣ / ٨ / ١٩٧٤ المتعلق بالمحافظة على النظافة العامة .
ولكن بالرغم من ذلك لم تهتم البلديات بالشؤون الصحية ، ويقتضي العمل على التنسيق بينها
وبين وزارة الصحة العامة للقيام بتلبية الحاجات الصحية المحلية التي تعرفها البلدية جيداً .

البند الخامس : إصلاح النظام الصحي بشكل عام .

بالإضافة الى ما ذكرناه في البنود السابقة لا بد من اتخاذ الإجراءات الضرورية لإصلاح النظم
الصحي بشكل عام وهي التالية :

أ_ اعتماد البطاقة الصحية :

عن طريق إجراء مسح وطني شامل لجميع الفئات واعطاء جميع المواطنين بطاقت
صحية تتضمن المعلومات الصحية المفيدة عنهم وتحويلهم الاستشفاء بتعرفة معينة تبعاً لحالتهم
الاقتصادية .

ان هذا الحل المستقبلي من شأنه المحافظة على انجازات وزارة الصحة العامة لجبهة ضمان استشفاء المواطنين وهو مكسب اجتماعي وطني لا يجوز الشريط به .
بالرغم من مناداة الجميع بهذا النظام فمعظمهم يعتبر ان الامكانيات غير متوفرة حالياً لتطبيقه وذلك للأسباب التالية^(١) :

- _ تدهور الاقتصاد الوطني ووضع الخزينة الصعب جداً .
- _ تدهور امكانيات غالبية المواطنين .
- _ الكلفة المرتفعة للخدمات العلاجية .
- _ قدرات الدولة غير الكافية لتنظيم جباية منظمة ومراقبة جدية .

ب_ توحيد الصناديق الضامنة :

ويتم ذلك عن طريق مزج جميع مؤسسات الاستشفاء الرسمية بمؤسسة واحدة تستفيد من تجارب جميع المؤسسات وأنظمتها التي برهنت عن عمليتها .
ان الضمان الاجتماعي يمكن ان يشكل النواة الأولى لهذا الطرح نظراً لاستيعابه القطاع العام والقطاع الخاص .
وان اعتماد التوحيد يؤدي الى وفر في الأكاليف ولا سيما الإدارية منها، كما يؤمن كتلة نقدية كبيرة مكونة من الاشتراكات تمكن المؤسسة من استثمارها والقيام بالبرامج والمشاريع الاستشفائية الكبيرة .
مع التسليم بصحة هذا الطرح، نرى انه صعب التحقق حالياً والأسباب التي تقف في وجه تحقيقه هي خصوصية المنتسبين الى كل مؤسسة عامة حالياً كالجيش مثلاً، وهذه الأسباب هي التي أدت الى انفصال كل فئة من المستفيدين عن المؤسسة الأساسية لتأسيس صندوق تعاضد او مؤسسة عامة على حدة كما حصل مثلاً بالنسبة للموظفين واساتذة الجامعة والقضاة

١_ لبنان والاستراتيجية الصحية ، ص ٣٩٠ .

بناءً عليه يجب القيام بالتوحيد وفق خطة مرحلية وفي الفروع الممكن إجراء التوحيد فيها كأن يعهد للضمان مثلاً تأمين الاستشفاء لحساب وزارة الصحة العامة وتعاونية موظفي الدولة .

لا بد من التذكير ان بعض مؤسسات الضمان تؤمن للمتسبين تقديمات لا تؤمنها مؤسسات أخرى كما تختلف نسب التغطية بالنسبة للخدمات المشتركة. لذلك يجب درس جميع المعطيات قبل البدء بتنفيذ مشروع التوحيد .

ج- تفعيل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ليتمكن من استيعاب أكبر عدد ممكن من المواطنين، ويتم ذلك عبر ادخال تدريجي لكل الفئات المنتجة والتي يمكن تصنيفها الى الضمان، وفي هذا المجال يجب العمل على بت وضع مزارعي التبغ وصيادي السمك والمجموعات الأخرى التي تقدمت للإلتساب الى الضمان .
والجدير بالذكر ان فرع المرض والأمومة في الضمان يستمر بضممان الأجراء الذين تجاوزوا الرابعة والستين شرط بقائهم في العمل، ونرى انه يجب ضمان صحة هؤلاء اذا توقفوا عن العمل ايضاً لأنهم في هذا الوقت يصبحون بأمس الحاجة الى الطابة .

د- توجيه النفقات الصحية نحو خيارات أكثر فعالية مثل تشجيع تقديم الخدمات الخارجية وخدمات الرعاية المنزلية والاستشفاء النهاري بالإضافة الى الرعاية الأولية التي تكلمنا عنها سابقاً .
يجب ان يرافق ذلك تطوير للسياسات الهادفة الى تخفيض نسبة الاستشفاء واستعمال التقنيات التي تقصر مدة الإقامة في المستشفى .

هـ- وضع خارطة صحية :

يمكن من خلالها ضبط العرض والطلب وتوزيع المستشفيات وحجمها والتخطيط لسياسات وبرامج صحية مناسبة ومعرفة حالة المباني الصحية ومراقبتها وحالتها .

ويجب ان يجري تطوير هذه الخارطة دورياً وفقاً لحاجات البلاد لضبط مراقبة جميع الانشاءات والتجهيزات المنوي إقامتها .

و- تعزيز القدرات المؤسساتية لجميع الإدارات والمؤسسات الضامنة حتى تتمكن من مراقبة وتقييم الخدمات التي تنفق عليها الأموال .

ز- تصنيف وترميز الأمراض والأعمال الطبية :

وضعت منظمة الصحة العالمية تصنيفاً للأمراض وأعطت رموزاً لكل منها بهدف المساعدة على تنفيذ الدراسات الاحصائية لمعرفة الاحتياجات وتنفيذ برامج ضمان الجودة .

ان التصنيف والترميز معتمدين عالمياً ويجري تطويرهما كل سنة ومنذ العام ١٩٩٨ بدأت وزارة الصحة باجراء ندوات لتدريب الأطباء على استعمال التصنيف والرموز ولكن حتى الآن لم يتم استعمالها .

بناءً عليه فإنه من المهم العمل على اعتماد هذه الرموز والتصنيف لما فيه من نتائج ايجابية، ذلك ان عملية الترميز تمكن من مراقبة نوعية الخدمات المقدمة للمواطنين وقياس فعالية المستشفى والجسم الطبي، كما انها تسمح بمعرفة المنحى الوبائي لبعض الأمراض واسباب الوفيات .

ح- تعزيز شركات التأمين الخاصة ورعايتها ومراقبتها من قبل وزارة الاقتصاد والتجارة ومنع المزاحمة غير المشروعة عنها ومساعدتها على تحطيم المشاكل التي تتخبط فيها واصدار التشريعات المناسبة لدفع هذه المؤسسات على استثمار اموالها التي يمكن من خلالها حل مشاكل أخرى كالسكن مثلاً .

ويجب تفعيل دور هذه المؤسسات لتلعب بشكل أساسي دور المؤمن الإضافي للمؤسسات الضامنة الرسمية .

والجدير بالذكر ان أسواق التأمين العربية تشكو من فراغ على صعيد الاكتواريين ويجب على الجامعات اتخاذ التدابير اللازمة لتدريس العلوم الاكتوارية في إطار برامجها .

ويجب ان يرافق دعم التأمين الخاص اصدار نصوص تشريعية حازمة تمنع هذه الشركات من ارتكاب الغش في معاملاتها لتكسب ثقة المواطنين وتدفعهم على التعامل معها، ويبرز على هذا الصعيد الاحتمالات والاختلالات التي يقوم بها بعض الوكلاء او الوسطاء تجاه المضمونين، فبالإضافة الى الأضرار المادية ينتج عن هذه الأعمال الجرمية أضراراً معنوية بحق شركة التأمين الخاصة وقطاع التأمين الخاص على وجه اعم .

بالإضافة الى شركات التأمين الخاصة يجب دعم الحركة التعاضدية الصحية كونها الحل الأنسب لمعالجة الأعباء الصحية ولإشراك المواطن بمسؤولية فعلية في تغطية كلفة صحته وهنا أيضاً يجب مراقبة أعمال صناديق التعاضد هذه لكي لا تمارس أعمالاً تتنافى مع الغاية من انشائها .

ط_ انهاء حالة الإضطراب في العلاقة القائمة بين المستشفيات والأطباء وبينها وبين مؤسسات التأمين الرسمية والخاصة . ففي ظل تراشق التهم وعدم الوصول الى الحلول المناسبة يفقد القطاع الصحي في لبنان الثقة في قدراته مما يدفع المرضى وخصوصاً العرب منهم الى العدول عن الإستشفاء في لبنان واختيار بلدان أخرى .

بالإضافة الى ان الاضطراب في العلاقة يؤثر سلباً على تطور الطب في لبنان .

لهذه الأسباب يجب ارساء جو من التفاهم بين جميع الأفرقاء يعزز الثقة بالطب والاستشفاء في لبنان .

ي_ التعاون مع وزارة الصحة العامة ووزارة الشؤون الاجتماعية لأجل تأمين رعاية صحية للفئات الضعيفة المهمشة والأقل حظاً، ومن أجل ذلك يجب تحديد هذه الفئات التي تشمل على العاطلين عن العمل والمعوقين وصغار المزارعين والحرفيين

ويجب ان يتمتع هؤلاء بأولوية للإستشفاء على حساب وزارة الصحة العامة، ولذلك يجب تأليف لجنة وطنية لرعاية كل شريحة من هذه الفئات وتضم هذه اللجنة ممثلين عن وزارتي الشؤون الاجتماعية والصحة العامة وعن المؤسسات الأهلية وعن الفئات المستهدفة بالرعاية.

وتحدد هذه اللجان الاحتياجات وعلى ضوءها يتم تقرير رزمة الخدمات الصحية التي يجب تقديمها .

ولقد قامت وزارة الشؤون الاجتماعية بتجربة من هذا النوع فتوجهت الى فئة المعوقين وألفت اللجنة الوطنية للمعوقين، ولكن هذه التجربة لم تستكمل بعد، ولكنها تصلح كنموذج للتقييم والدرس .

كـ_ عدم الاستعجال بادخال خدمات جديدة الى تقديمات المؤسسات الضامنة على أهميتها قبل انجاز دراسات معمقة وخاصة لناحية التكلفة لكي لا تدخل هذه المؤسسات بعجز مالي يعكس على الخدمات التي تقدمها حالياً .

لـ تنظيم سوق الأدوية واعتماد لائحة أساسية واعتمادها حصراً وانجاح المكتب الوطني للأدوية، وفرض تسعيرة مخفضة ومراقبة التقييد بها، علماً ان موضوع الدواء في لبنان يحتاج الى الكثير من التنظيم والدرس والبحث وهو ما لا تتسع له هذه الدراسة .

الخاتمة

الصحة حق عام يجب ان تتأمن للجميع . ولكن تبين لنا ان ما يدفعه اللبنانيون على صحتهم كبير جداً وفي المقابل لا يحصلون على المردود الصحي المتناسب مع الكلفة التي يتكبدها، فبالإضافة الى الخلل المتمكن من النظام الصحي في لبنان ، نجد هدراً للأموال وضياع جزء منها في ظل تعدد الأنظمة الصحية على الأعمال الإدارية التي لا صلة مباشرة لها بالتقديرات الطبية .

إن إبقاء الأمر على ما هو عليه أصبح غير جائز لأن هنالك مؤشرات واضحة تدل على ان القطاع الصحي متجه الى طريق مسدود، فمع الزيادة المضطردة لسعر الفاتورة الصحية ومراقبته، واساءة استعمال اموال وزارة الصحة العامة ان من ناحية سبل صرفها على الخدمات العلاجية دون الوقائية، او لجهة منحها لغير المستحقين او المتمتعين بتغطية صحية ثانية ، فبرزت المشكلة واضحة وهي عدم امكانية المتابعة على نفس الوتيرة .

نعتقد انه اصبح من الضروري البدء بتنفيذ الاصلاحات الجذرية والبدء بالأهم منها وذات المردود السريع وصولاً الى تطبيق خطة وطنية استشفائية تحافظ على صحة المواطنين وتضمن البنية الاجتماعية والاقتصادية للوطن، اذ ان الأزمة الصحية تنعكس سلباً على كافة القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الوطنية وعدم التصدي لهذه المشكلة ينعكس مصاعب كبيرة على المجتمع وذوي الدخل المحدود بشكل خاص

ان الحل يجب ان ينطلق بتعاون وجهد كبيرين من القطاع العام والقطاع الخاص، فالصحة من مسؤولية الجميع الذين عليهم ان يتكاتفوا ويتضامنوا لمواجهة اعبائها متخلصين من هاجس الربح المادي ومعترفين بمبدأ أهمية الصحة وبعدم إمكانية المتاجرة بها .

ويستشف من هذا البحث الخطوات التي يجب القيام بها وتطبيقها مرحلياً ضمن خطة زمنية متكافئة ، فيجب البدء باصلاح نظام التمويل الصحي وترشيد الانفاق نحو الرعاية الأولية والبرامج الوقائية وتشجيع بدائل الاستشفاء التقليدي كالعلاج المنزلي،

واعادة احتساب كلفة الخدمات العلاجية بشكل علمي ودقيق واعتماد المبلغ المقطوع.

كما يجب العمل على انجاح تجربة ادارة المستشفيات العامة بواسطة مؤسسات عامة ، وتعزيز القدرات المؤسساتية لوزارة الصحة العامة وتطوير أساليب الرقابة فيها للحد من وتيرة تصاعد الكلفة وتنظيم عمل القطاع الاستشفائي الخاص. أما الوسائل الأخرى فمن الخطأ المناداة بتطبيقها فوراً لأنها غير ممكنة التحقق في وقت قصير لأسباب سياسية واجتماعية ومالية ، كتوحيد الصناديق الضامنة والتي تحتاج الى خطوات تمهيدية قبل القيام بذلك . وبعض الإقتراحات غير ممكنة التحقق لأسباب ديموغرافية وتنظيمية كالبطاقة الصحية الالزامية .

كما ان بعض الاقتراحات تحتاج الى الكثير من العمل والخبرة كاعتماد مؤشرات معقدة لاحتساب الكلفة وضمان الجودة .

ونشير في النهاية الى ان موضوع الاستشفاء متلازم مع موضوع الدواء الذي يمثل حاجة وطنية شاملة ويحتاج الى مزيد من التنظيم والرعاية ولا سيما لجنة القرار رقم ٢٠٨ / ١ تاريخ ٣ / ٥ / ١٩٨٣ المتعلق بأساس تسعير الدواء والذي يجب تعديله واتخاذ جميع الإجراءات اللازمة لايصال هذه السلعة الضرورية الى متناول الجميع ومن الممكن الوصول الى هذا الهدف عن طريق المكتب الوطني للأدوية .

المصادر والمراجع

- _ مجموعة آراء وإجتهادات ديوان المحاسبة .
- _ قرارات هيئة التفتيش المركزي .
- _ تقارير تعاونية موظفي الدولة السنوية .
- _ تقارير مصرف لبنان السنوية .
- _ تقرير مدير عام وزارة الصحة العامة لعام ١٩٩٨ .
- _ تقرير " لبنان والاستراتيجية الصحية " المؤتمر الوطني الأول للصحة في لبنان .
- _ مجموعة القوانين والسمراسيم اللبنانية .
- _ ناجي شوفاني "المستفيدون من الضمان الاجتماعي "
- _ تقارير اللجنة الفنية لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .
- _ القطاع الاستشفائي الخاص في لبنان _ البيان السنوي ١٩٩٨ _ نقابة المستشفيات الخاصة في لبنان .

فهرس البحث

١	المقدمة
٣	القسم الأول : واقع الاستشفاء في لبنان
	الفصل الأول : المستشفيات الحكومية
٤	البند الأول : إدارة المستشفيات الحكومية
٥	أ_ تعيين مجلس الإدارة ومفروض الحكومة
٦	ب_ نظام المستخدمين والمتعاقدين
٦	ج_ النظام المالي
٧	البند الثاني : شروط الإستشفاء في المستشفيات الحكومية
٩	البند الثالث : قدرات المستشفيات الحكومية وتجهيزاتها
١١	البند الرابع : الجهاز البشري
	الفصل الثاني : التعاقد مع المستشفيات الخاصة
١٤	البند الأول : تحليل الواقع الحالي للقطاع الإستشفائي الخاص
١٨	البند الثاني : علاقة وزارة الصحة العامة مع المستشفيات الخاصة
١٩	الفقرة الأولى : إجراءات إبرام العقود
١٩	أولاً : إصدار مرسوم تحديد عدد الأسرة
٢١	ثانياً : توقيع العقود الخاصة مع كل مستشفى

- الفقرة الثانية : إجراءات دخول المستشفى على حساب
 ٢٢ وزارة الصحة العامة .
- الفقرة الثالثة : مكان الخلل في العلاقة بين وزارة الصحة العامة
 ٢٣ والمستشفيات الخاصة
- أولاً : الخلل المتعلق بمرسوم توزيع الأسرة والعقود
 ٢٣
- ثانياً : الخلل المتعلق بتجاوز الاعتمادات
 ٢٤
- ثالثاً : الخلل المتعلق بالمراقبة الطبية وتدقيق الفواتير
 ٢٥
- البند الثالث : الإستشفاء لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
 ٢٧
- الفقرة الأولى : هيكلية الصندوق
 ٢٧
- الفقرة الثانية : المضمونون لدى الصندوق
 ٢٧
- الفقرة الثالثة : مالية الصندوق
 ٢٨
- الفقرة الرابعة : نظام الاستشفاء في الضمان
 ٢٨
- الفقرة الخامسة : إجراءات دخول المستشفى على حساب
 الضمان
 ٢٩
- الفقرة السادسة : الرقابة الطبية والإدارية
 ٢٩
- الفقرة السابعة : مستشفى البترون
 ٣٠
- البند الرابع : الاستشفاء لدى تعاونية موظفي الدولة
 ٣١
- البند الخامس : الاستشفاء لدى وزارة الدفاع الوطني
 ٣٢
- البند السادس : الاستشفاء لدى قوى الأمن الداخلي والأمن العام
 وأمن الدولة وبلدية بيروت وشرطة مجلس النواب .
 ٣٥
- البند السابع : الاستشفاء لدى صندوق تعاضد القضاة وصندوق
 تعاضد افراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية .
 ٣٦

الجمهوريّة اللبنانيّة

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإداريّة
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

٣٩

القسم الثاني : تأهيل القطاع الاستشفائي

٤٠ الفصل الأول : البروتوكولات الصحية واتفاقات التعاون الثنائية

٤٠ البند الأول : مشروع البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية

٤٠ الفقرة الأولى : الظروف المهيئة للمشروع

٤١ الفقرة الثانية : اهداف المشروع .

٤٢ الفقرة الثالثة : إنجازات المشروع .

٤٢ البند الثاني : البروتوكولان الايطالي والاسباني والتعاون مع السويد

البند الثالث : التعاون مع الجامعة اللبنانية ووزارة التعليم المهني

والتقني ووزارة الشؤون الاجتماعية والمؤسسات الأهلية اللبنانية. ٤٣

٤٣ الفقرة الأولى : التعاون مع الجامعة اللبنانية

٤٤ الفقرة الثانية : التعاون مع وزارة التعليم المهني والتقني

٤٥ الفقرة الثالثة : العلاقة مع وزارة الشؤون الاجتماعية

٤٥ الفقرة الرابعة : العلاقة مع المؤسسات الأهلية اللبنانية

٤٧ الفصل الثاني : إقتراحات لتحديث وتأهيل القطاع الإستشفائي

٤٧ البند الأول : تأهيل المستشفيات الحكومية .

٥٠ البند الثاني : تصويب التعاقد مع المستشفيات الخاصة

٥٥ البند الثالث : البرامج الوقائية والرعاية الصحية الأولية

٥٩ البند الرابع : تعزيز القدرات المؤسساتية لوزارة الصحة العامة

٦٣ البند الخامس : إصلاح النظام الصحي بشكل عام .

٦٨

الخاتمة

٧٠

المصادر والمراجع

٧١

فهرس البحث